Voir le résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ORGAN POLSKICH ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH

ZAŁOŻYŁ
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK 1935.

ROCZNIK XII. ZESZYT III—IV.

Z FUNDUSZÓW ZAPOMOG. POZNAŃSKIEGO SAMORZĄDU WOJEW.

CZCIONKAMI I DRUK. WOJEWÓDZK. SANATORJUM DLA NERWOWO-CHORYCH W KOŚCIANIE

SKŁADALI: STEFAN OLEJNICZAK
BOLESŁAW WŁODARCZAK

PROF. JAN MAZURKIEWICZ.

O ROZWOJU I NIEDOROZWOJU PSYCHIKI.

W nowszych pracach psychjatrycznych coraz częściej można spotykać pogląd na psychozy, jako na stany regresji, wywołane przez działanie różnych czynników chorobotwórczych na normalną strukturę psychiki; w niektórych pracach pojęcie tej regresji jest zbliżane lub utożsamiane z poglądem H. Jacksona na t. zw. przez niego „dyssolucję", która cechuje się przejściem z wyższego poziomu rozwoju na niższy i zanikiem lub osłabieniem tego wpływu hamującego, który poziom wyższy wywiera na niższy. W ujęciu Jacksona dyssolucja jest procesem odwrotnym w stosunku do ewolucji, która jest rozwojem od ośrodków tektonicznie najniższych do najwyższych, zaś czynnościowo rozwojem od tektonicznie najprostszego zespołu do czynnościowo złożonego, od tego, co jest bardziej automatyczne, do tego, co jest bardziej dowolne i wybiórcze.

Stwierdzenie, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia neurologiczne ulegają temu samemu Jackson'owskiemu prawu dyssolucji czynnościowej byłoby oczywiście ogromnym postępem w rozwoju psychjatrji, a zarazem pomostem, wiążącym ją z neurologją.

Pierwsze próby budowy tego pomostu mogą być bardzo wartościowe, ale z tem zastrzeżeniem, że pozostają w zupełnej zgodzie z zasadniczem ujęciem pojęcia dyssolucji przez Jacksona, jako procesu przeciwstawnego do ewolucji biologicznej. Jest więc rzeczą jasną, że w psychjatrji nie będziemy mieli nigdy jasnego pojęcia o dyssolucji psychiki, dopóki nie poznamy jej normalnej ewolucji, i to w ujęciu biologicznem.

A. ROZWÓJ PSYCHIKI.

Szereg autorów niemieckich (Freud, Klages, E. Braun, J. H. Schultz, E. Kahn, O. Kant i inni) i polskich (Borowiecki, Bornsztajn, Bychowski, Frostig, Matecki i inni) dążą do zmodernizowania poglądu Platona, który dzielił zjawiska psychiczne na trzy kategorje: soma, psyche i nus. Wszystkie te dążenia idą jednak raczej w kierunku wskazania hierarchji tych „warstw psychicznych"

i wzajemnego ich oddziaływania na siebie, aniżeli w kierunku wykazania ich ewolucji o charakterze biologicznym.

Ostatnio najsilniej podkreśla swoje tendencje biologiczno-ewolucyjne przy ujęciu „warstw psychicznych" H. T. Hoffmann[1]), który próbuje je zastosować do chorób psychicznych. Autor ten rozpatruje człowieka, jako osobowość, składającą się z czterech warstw, z których każda nadrzędna wyrasta w ewolucji z poprzedzających je podrzędnych. Najgłębszą warstwą jest ciało, z którego stopniowo w rozwoju filo- i ontogenetycznym wyłaniają się trzy następne warstwy natury psychicznej: popędy, dusza (uczucie) i umysł. Popędowością w szerokiem tego słowa znaczeniu nazywa Hoffmann obie pierwsze warstwy psychiczne, a więc nie tylko popędy życiowe pierwszej warstwy (głód, popęd płciowy, i wogóle wszelkie popędy, dążące do zachowania życia osobnika i gatunku, wraz z popędem do agresji i ucieczki), — ale i wszystkie dążenia uczuciowe drugiej warstwy, których podział Hoffmann przejmuje od Klages'a — na dążenia z jednej strony do wzmocnienia siebie (przez zwiększenie znaczenia, mocy, wpływów, powodzenia, honoru, bogactwa, piękności), zaś z drugiej strony do oddania się (przez spełnienie obowiązku, czystość, dobroć, pokorę, świętość). Wszystkie popędy i dążenia uczuciowe mają tę wspólną cechę, że chcą zadowolnić, wywyższyć, wzbogacić jaźń, własną wartość, bądź przez wzmocnienie siebie, bądź przez oddanie się. Myślenie drugiej warstwy jest myśleniem uczuciowem, katatymicznem, magicznem. Wraz z postępującą dojrzałością rozwija się nadbudowa, trzecia najwyższa warstwa myślenia racjonalnego i woli, warstwa, którą cechuje rzeczowość, krytycyzm, brak zmysłowości, wyłączenie uczuć, o ile mogą przeszkadzać poznaniu i mącić je, poznanie nawet własnych słabości i braków. Główną cechą tej warstwy jest abstrahowanie pojęć i myślenie przyczynowo-logiczne; umysł wybiórczo podnosi to, co jest istotne, i pozostawia na boku to, co jest nieistotne, aby na tej drodze poznać rzeczywistość. Warstwę uczuciową cechuje bezpośredniość, warstwę umysłu i woli panowanie nad sobą, w myśl ideału, stwarzanego pod wpływem wymagań obyczajowych, ale opierającego się jednak na dążeniach uczuciowych; idealne zachowanie się etyczne wymaga uczuciowego oddania się — ale nie bezpośredniego — innemu życiu tego samego gatunku, wymaga poznania, że wzmacnianie siebie zawsze się przeciwstawia oddaniu siebie; z konflik-

[1]) Die Schichttheorie. Stuttgart 1935.

łów duszy (drugiej warstwy) wciąż dopływają nowe siły do warstwy umysłu, umożliwiając jej wykończenie w znaczeniu ideału, w znaczeniu wzniesienia się z prymitywnych uczuć winy i nieczystego sumienia, które można stwierdzać już u niektórych wyższych zwierząt, a także u dzieci, do utworzenia ideału społecznego i własnego zachowania się, ideału cechującego dopiero umysł, najwyższą warstwę człowieka dojrzałego i zróżniczkowanego. Myślenie racjonalne może tłumić uczucia i powodować zanik popędów, a również uczucia mogą w pewnej mierze hamować zwierzęcość popędów. Hoffmann podkreśla mocno, że, wbrew zapatrywaniu Klagesa, warstwa trzecia nie jest wrogiem życia, gdyż wszystkie warstwy psychiczne są przejawem siły życiowej, żadna z nich nie leży poza przyrodą, a jeżeli każda ma inne zabarwienie, to wynika to z poziomu ich ewolucji.

Jak widzimy, pogląd Hoffmanna, zbliżony do panujących poglądów w kierunkach psychoanalitycznych, wychodzi jednak z założenia jedności psychofizycznej, z którego z natury rzeczy wychodzić muszą i poglądy psychofizjologiczne; ułatwi to nam w dużym stopniu wykazanie różnic, istniejących pomiędzy temi poglądami.

Powiedzmy zgóry, że najjaskrawszą różnicę pomiędzy poglądami teorji warstw a poglądem psychofizjologicznym stanowi ujęcie warstwy najwyższej, umysłu, myślenia przyczynowo-logicznego. Bo dwie pierwsze warstwy jeszcze i Hoffmann wiąże — pomimo stwierdzanych pomiędzy niemi różnic — w jedną kategorję popędowości, mianowicie popędów niższego rzędu, zwierzęcych, z jednej strony, i uczuć popędowych, tworzących następną warstwę, z drugiej strony; te ostatnie przeciwstawia uczuciom biernym, pozbawionym cechy popędowości (radość, smutek). Cały świat uczuć mieści się zatem w dwóch pierwszych warstwach, i chociaż teorja warstw wyraźnie nie mówi o ewolucji życia uczuciowego, to jednak samo uogólnienie go w określeniu popędowości, obejmującej obie pierwsze warstwy, świadczy jakgdyby o jakiejś ciągłości rozwojowej psychiki.

Coś nadzwyczajnego zaczyna się dziać z tą ciągłością ewolucji psychiki dopiero u wrót „umysłu", tj. trzeciej warstwy psychicznej człowieka. W trzeciej warstwie — według Hoffmanna, Schneidera[1]), a także i niektórych naszych psychoanalityków — uczuć wogóle niema wcale.

[1]) Pathopsychologie der Gefühle und Triebe Leipzig 1935 r.

Jest ona swoistą domeną „rationis", rozsądku, jaźni, myślenia rzeczowego, przyczynowo-logicznego, aktu „intencjonalnego", woli, świadomości, których znowuż niema w dwóch pierwszych warstwach, i które niewiadomo skąd, jak Deus ex machina, zjawiają się w tej warstwie najwyższej. Tu już o żadnej ewolucji niema mowy, tu granica pomiędzy podstawowemi cechami hierarchicznie najwyższej, panującej warstwy a poniżej leżącemi jest bardzo ostra, tak ostra, jak tego wogóle nigdzie nie tylko w biologji, ale i w rzeczywistym rozwoju psychiki nie stwierdzamy. Gdyby teorja warstw wolę lub świadomość pojmowała w znaczeniu jakichś sił dynamicznych, tobyśmy wprawdzie nie mogli sobie zupełnie nawet wyobrazić, skąd się one raptem wzięły w trzeciej warstwie, skoro nie wypływają z życia uczuciowego, — ale przynajmniej rozumielibyśmy, że te siły — jeśli są dostatecznie wielkie — mogą opanowywać popędowość. Ale teorja warstw zastrzega się kategorycznie i twierdzi, że wola lub świadomość, nie jest żadną siłą, jest tylko sternikiem sił uczuciowych drugiej warstwy, tylko aktywuje, mobilizuje jedne tendencje uczuciowe przeciwko innym — jakgdyby jakakolwiek aktywacja czy mobilizacja mogła być dokonana wogóle bez żadnego udziału siły dynamicznej, chociażby małej. I wreszcie: myślenie warstwy drugiej jest myśleniem archaicznem, które się odbywa wskutek działania siły dynamicznej uczuć, zgodnie wogóle z poglądami kierunku dynamicznego w psychologji; — zachodzi jednak pytanie, pod wpływem jakich sił dynamicznych odbywa się samo myślenie przyczynowo-logiczne, jeżeli tutaj żadnych uczuć niema, a wola i świadomość własnej siły dynamicznej nie posiadają wogóle; przecież myślenie przyczynowo-logiczne jest procesem, a nie stanem spoczynku, więc jakaś siła tym procesem kierować musi. Jeżeli się trzeciej warstwie żadnej siły wogóle nie przypisuje, to teorja warstw niema prawa nie tylko do nazwy teorji biologicznej, ale także i do nazwy dynamicznej, nawet w znaczeniu psychologicznem tego wyrazu.

Wielką zagadkę, w jaki sposób poznanie (warstwa trzecia), pozbawione własnej siły, może jednak opanowywać całą popędowość dwóch niższych warstw, rozstrzyga Klages, według którego duch wdarł się do życia zzewnątrz, i to tylko u człowieka, jako wróg życia, — duch i życie nie pozostają ze sobą w żadnym organicznym związku. To jest postawienie sprawy jasne i męskie. W nauce najgorsze i najniebezpieczniejsze są niedomówienia. Mówi się zwykle, że zjawiska psychiczne najłatwiej i najlepiej moż-

na wytłumaczyć psychologicznie; jest to twierdzenie, idące po linji najmniejszego oporu, a więc niewątpliwie najłatwiejsze. Ale napewno nie jest najlepsze. Najlepszem wyjaśnieniem jest to, które tłumaczy rzecz nieznaną przez znane. Teorja warstw idzie w kierunku odwrotnym: tłumaczy niedokładnie nam znane stosunki pomiędzy popędowością a umysłem przez zupełnie nieznane, jako siły dynamiczne, mgliste pojęcia psychologiczne jaźni, świadomości, woli, aktu intencjonalnego, które dają szerokie pole do interpretacyj bardzo różnorodnych i bardzo dowolnych. Jeżeli tym pojęciom odmawiamy siły dynamicznej, bez której żaden proces psychiczny odbywać się nie może, to tem samem wyłączamy je poza zakres psychologji ewolucyjnej; a jeżeli tym bezsilnym tworom psychologicznym przypisujemy równocześnie jednak zdolność działania w psychice, to wstydliwie, pod przykrywką biologji i ewolucji, utożsamiamy — świadomie czy podświadomie — tę jaźń, tę wolę, tę świadomość itp. z owym „duchem“ Klagesa, który zzewnątrz wtarga do psychiki, niewiadomo w którym momencie jej ewolucji ciągłej. Mamy tu do czynienia z typową „animizacją“ warstwy trzeciej, wprowadzaną do niej bądź jawnie, bądź pod pokrywką różnych terminów psychologicznych, czyli my sami zaczynamy tu myśleć magicznie, zapominając o tem, że do prawdziwego, rzeczowego poznania prowadzi tylko myślenie przyczynowo-logiczne.

Pomimo tych wszystkich uwag krytycznych, musimy przyznać, że w teorji warstw tkwi jądro słuszności, i że nie należy jej odrzucać, ale należy dążyć do jej uzgodnienia z biologją i z zasadą H. Jacksona, według której ewolucja idzie nie od jednej jakości do zupełnie odmiennej jakości, np. nie od popędowości do woli lub ducha, ale od czynności prostych do coraz bardziej złożonych.

I. BIOLOGICZNE PODSTAWY EWOLUCJI PSYCHICZNEJ muszą tkwić w dziedziczonych właściwościach układu nerwowego ośrodkowego. Życie psychiczne jest wprawdzie swoistym przejawem życia całego organizmu wogóle, ale życie ustrojowe, szczególniej zaś stosunki dokrewne i chemiczne, działają na psychikę tylko wtedy, jeśli wpływają na czynności układu nerwowego. W warunkach normalnych wpływy dokrewne stanowią tylko o temperamencie (Wł. Sterling[1]) a nie o innych właściwościach psychiki, możemy więc je tutaj narazie pominąć. Ewolucja i struktura psy-

[1]) Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne. Rocznik Psychjatr. Zesz. II.

chiki zależą zatem od właściwości najwyższych pięter układu nerwowego ośrodkowego, a więc od ośrodków podkorowych, w których się mieszczą mechanizmy instynktowe, i od kory mózgowej, której anatomo-fizjologiczne właściwości dziedziczone umożliwiają indywidualny rozwój psychiki.

1. *Mechanizmy instynktowe* odpowiadają pierwszej warstwie Hoffmanna, mianowicie popędowości zwierzęcej. Pomimo dziedzicznego charakteru tych mechanizmów, można je jednak podzielić na dwie odrębne kategorje. Pierwsza zawiera te popędy noworodka, które są reakcją na wrażenia protopatyczne; wszystkie te popędy cechują się swym charakterem powszechności gatunkowej: niema normalnego dziecka, któreby nie wykazywało tych popędów z właściwym mu mniejszym lub większym temperamentem, zależnym od stosunków normalnych; zresztą nawet i w patologji zupełny brak[1]) reakcyj na bodźce protopatyczne jest wielką rzadkością.

Drugą kategorję dziedziczonych mechanizmów stanowią konstytucje syntoniczna i schizotymiczna, popęd do bezpośredniego współdźwięczenia uczuciowego z otoczeniem, przedewszystkiem z innym człowiekiem, albo do zwracania się raczej ku sobie samemu. Najczęściej w warunkach normalnych, oba te przeciwstawne nastawienia uczuciowe, regulujące stosunek do otoczenia, istnieją obok siebie i działają harmonijnie w ten sposób, że zależnie od sytuacji raz przeważa jedno nastawienie raz drugie. W przypadkach krańcowych jedna lub druga konstytucja przeważa w sposób bardzo wybitny, i właśnie w tych przypadkach można stwierdzić, że nastawienia mają charakter cech wybitnie dziedziczno-rodzinnych, w przeciwstawieniu do cechy powszechności gatunkowej wszelkich innych popędów instynktowych. Nie mamy bezpośrednich dowodów na to, że nastawienia syntoniczne i schizotymiczne są tak samo mechanizmami podkorowemi, jak inne wrodzone nastawienia (popędy); mamy prawo jednak przypuszczać, że tak jest, z jednej strony dlatego, że kora mózgowa nie wykazuje wogóle żadnych preformowanych nastawień dziedziczonych, zaś z drugiej strony dlatego, że w przypadkach krańcowych konstytucja może się jaskrawo przejawiać w wieku już nawet niemowlęcym, jak np. u jednej z naszych schizofreniczek, która w niemowlęctwie,

[1]) v. przypadek Edingera i Fischera, dotyczący anencefala bez wzgórz wzrokowych, opisany w artykule pt. „Sen i czuwanie", Rocznik Psychjatryczny 1935 r.

po otrzymanym od matki klapsie za ugryzienie piersi przy ssaniu, uporczywie odmawiała ssania i musiała być od tego czasu karmiona z flaszki. Zresztą, wobec niewątpliwej lokalizacji podkorowej wszelkich innych odziedziczonych, preformowanych nastawień, trudno przypuszczać, aby tylko nastawienia syntoniczno-schizotymiczne miały inną lokalizację, i nie miały nic wspólnego z ośrodkiem afektywności protopatycznej Head'a, który zabarwia uczuciowo wszelkie wrażenia epikrytyczne i ustrojowe, który jest ośrodkiem samopoczucia ustrojowego, i którego dysfunkcja zdaje się być bezpośrednią przyczyną występowania endogennych napadów w tej psychozie manjakalno-depresyjnej, która się wiąże z tłem konstytucji syntonicznej.

Popędy dziedziczone pierwszej kategorji mają charakter gwałtowny, żywiołowy, zwierzęcy, bezpośredni, zaś tendecje syntoniczne i schizotymiczne, chociaż są również dziedziczone, chociaż są bezpośrednie i mogą być silne, jednak nie mają w warunkach normalnych charakteru zwierzęcego, a nawet równie żywiołowego, przez co zbliżają się do przejawów uczuciowych warstwy drugiej. Zresztą podział tych ostatnich, proponowany przez Klagesa, a przyjęty przez Hoffmanna, na uczucia dążące do wzmocnienia siebie i uczucia dążące do oddania siebie, zdaje się pozostawać w pewnym związku z dziedziczonym elementem syntonicznym i schizotymicznym w tem znaczeniu, że bezwzględne wzmacnianie siebie jest negacją współdźwięczenia syntonicznego, a więc jest cechą schizoidalną, typu chłodnego, zaś nadmierna tendencja do oddania siebie zawiera w sobie oczywiście pierwiastek współdźwięczenia, ale w przeróbce hyperestetycznego schizoida. Coś podobnego wyobraża sobie prawdopodobnie i Hoffmann, gdy twierdzi, że uzasadnienie tego podziału dążeń uczuciowych na wzmacnianie się i oddawanie się tkwi w jakichś dwóch najpierwotniejszych popędach życiowych; są one rzeczywiście jakgdyby jakąś swoistą dla człowieka modyfikacją zwierzęcego popędu do agresji i ucieczki, który w sposób gatunkowy ustala stosunek do przedstawicieli innych gatunków; — w historji gatunkowej człowieka jego stosunek do innych gatunków grał coraz mniejszą rolę, natomiast coraz większą grał jego stosunek do innego człowieka, i właśnie ten stosunek znalazł dziedziczno-rodzinną regulację w nastawieniach syntonicznem i schizotymicznem, z których szczególniej syntoniczne normuje ogólnikowy kierunek naturalnego współżycia społecznego.

Wszystkie te wrodzone nastawienia reaktywne — jak wogóle wszystkie mechanizmy podkorowe u człowieka, i jak wszelkie inne cechy dziedziczone — są z natury swej niezmienne, i mogą być badane w pierwotnej swej czystej postaci tylko u anencefalów, noworodków normalnych w pierwszych tygodniach ich życia, u idjotów, niezdolnych do żadnych wogóle nabytków osobniczych (odruchów warunkowych Pawłowa). Sante de Sanctis[1]) słusznie określa afektywność noworodka, jako palaeencefaliczną, typu talamicznego, i porównywa reakcje afektywne niemowlęcia z gniewem, strachem, bólem zwierząt bezmózgich. „Warstwa" popędów wrodzonych jest zatem okresem życiowym, w którym panuje wyłącznie tylko „czysty" instynkt. Popędy te są czynne i przez cały cykl życiowy człowieka normalnego; ale tutaj wskutek rzutowania podkorowych mechanizmów instynktowych na korę mózgową, popędy te ulegają psychizacji, coraz dalszemu rozwojowi, przekształcaniu i różniczkowaniu. Popędy instynktowe są zatem źródłem, z którego — przy istnieniu odpowiednich warunków — wyłania się rozwój psychiczny tak samo właśnie, jak współczesne zespoły podrażnień talamicznych, zabarwione tonem afektywności protopatycznej (Head), są źródłem, z którego powstają zmiany mnemiczne i czynności kory mózgowej. Proces psychizacji popędów instynktowych jest zatem zależny od prawidłowych czynności kory mózgowej, które stanowią właściwą biologiczną podstawę ewolucji psychicznej.

2. Mechanizmy korowe. Ewolucja psychiczna wogóle nie mogłaby istnieć, gdyby przeżycia wewnętrzne nie pozostawiały w psychice jakichś zmian trwałych, tj. gdyby nie istniała pamięć wszelkich doznawań. Pamięć osobnicza jest zjawiskiem psychicznem, na którą się składają nie dwie, — jak to często jest przyjmowane, — ale trzy jej fazy: zapamiętywania, utajenia i przypominania; pierwsza i trzecia faza są stanami czynności, druga faza jest stanem nieczynnym. Rozwój poznania na podstawie pamięci zdaje się dla nikogo nie ulegać żadnej wątpliwości. Rozbieżność zapatrywań występuje dopiero wtedy, gdy się mówi o pamięci uczuć; ale i tutaj nikt jednak nie wątpi, że wychowanie i środowisko wywierają wielki wpływ na kształcenie charakteru dziecka, a więc właśnie na jego nastawienia uczuciowe, które muszą zatem również ulegać zmianom, mającym pewną trwałość. Nikt też chyba nie wątpi, że życie uczuciowe normalnego czło-

---
[1]) Neuropsichiatria infantile. Roma. 1925.

wieka jest nieporównanie bardziej zróżniczkowane i bogate, aniżeli małego dziecka; istnieje więc rozwój uczuć, możliwy tylko przy istnieniu pamięci uczuć.

Fizjologicznym odpowiednikiem pamięci w jej znaczeniu psychologicznem jest pamięć biologiczna (mneme), wykazująca również trzy fazy: engrafji, utajenia i ekforji. Gdzieindziej[1]) starałem się wykazać, że wielkie kategorje zjawisk fizjologicznych (t. zw. sumowanie się podrażnień, a właściwie zmian mnemicznych, wywoływanych przez nie w tkance, która je odbiera, — wielka dziedzina odruchów warunkowych Pawłowa, i w końcu chronaksja subordynacyjna) mogą być wytłumaczone tylko w takim razie, jeżeli przyjmiemy, że tkanka pobudliwa, a szczególnie nerwowa, posiada swoistą własność nietylko przewodzenia, ale i mnemiczną. Kora mózgowa wykazuje własności mnemiczne w najwyższym stopniu udoskonalenia, i wszystkie jej czynności są nabyte w życiu osobniczem, czyli mają charakter mnemiczny. — Drugą własnością czynności korowych jest mechanizm lokalizacji chronogennej (Monakow, Semon). Wszystkie współczesne procesy korowe, zarówno te, które są wywoływane przez współczesne zespoły talamiczne, dopływające do kory mózgowej, jak i procesy wewnątrzkorowe (intrapsychiczne), ulegają mnemicznej lokalizacji chronogennej, tj. nawarstwiają się jedne na drugie w swej kolejności czasowej, jak to wynika w sposób szczególniej jaskrawy z przypadków patologicznych (amnezja wsteczna, amnezja w sprawach organicznych rozlanych, dysocjacyjne zaburzenia świadomości natury psychogennej itd.). Mamy tu zatem do czynienia z „warstwami psychicznemi", ale natury chronogennej, więc zupełnie innej, niż ta, którą wykazują „warstwy psychiczne" popędów, uczuć i poznania, które w sposób zasadniczy wyróżniają się przedewszystkiem swoją odmienną treścią, podczas gdy „warstwy psychiczne chronogenne" o treści swej w zasadzie nie mówią nic, tylko o płynności w czasie: pewne fragmenty tych samych lub zbliżonych doznawań (treści) mogą się oczywiście powtarzać w różnych warstwach chronogennych. Warstwy chronogenne są tylko progresją w czasie, warstwy popędów, uczuć i poznania obrazują postęp rozwoju psychicznego pod względem jakościowym i hierarchicznym. Możnaby powiedzieć jeszcze wyraźniej: warstwy hierarchiczne (popędów, uczuć, poznania) cechują się wybiór-

[1]) Les intégrations nerveuses. Cz. I—VI. Biuletyn Akademji Umiejętności. 1932—34.

częścią swojej treści; współczesne warstwy chronogenne cechują się przeciwnie tem, że w nich wszystko może się kojarzyć ze wszystkiem. Albo jeszcze inaczej, że istnieją dwa odrębne mechanizmy zapamiętywania, jeden chronogenny, a drugi wybiórczy, działający pod wpływem zainteresowań i uwagi.

Trzecią psychologiczną właściwością kory mózgowej jest zwiększanie się jej pojemności czynnościowej. Małe dziecko jest — według wyrażenia W. Sterna[1]) — „żyjącą całością", „jednolitym ośrodkiem siły", reaguje na podniety całą swą osobowością. Wahanie, które zaczyna wykazywać od czasu do czasu w drugiem półroczu życia, jest już przejawem ambiwalentnego stosunku do wrażenia, co już wskazuje na zwiększoną pojemność czynnościową uwagi, która się jednak również ześrodkowuje jeszcze na jednem wrażeniu bez reszty. Człowiek dorosły przedstawia „unitas multiplex", według wyrażenia W. Sterna, ogarnia swoją uwagą równocześnie szereg poszczególnych wrażeń, np. dyrygent orkiestry, który spostrzega najmniejszy błąd w zakresie każdego instrumentu, a przecież, w mniej lub więcej jasny sposób, zdaje sobie równocześnie sprawę z pozycji swego ciała, swoich ruchów, środowiska, w którem się znajduje itd. Pojemność czynnościowa w wieku starczym się zmniejsza, chociaż doskonale wyćwiczone (zautomatyzowane) sprawności mogą się długo utrzymywać.

Wreszcie czwartą psychobiologiczną właściwością kory mózgowej jest powstawanie w normalnym rozwoju jej czynności procesów i sił wyłącznie wewnątrzkorowych (intrapsychicznych), niezależnych od bieżących wrażeń dośrodkowych. Ponieważ czynności korowe wogóle powstają pod wpływem zmian, wywoływanych przez podrażnienia dośrodkowe, więc jest rzeczą jasną, że takie wyzwolenie się czynności wewnątrzkorowych od tych ostatnich może nastąpić tylko przy dostatecznem skumulowaniu się tych zmian mnemicznych, przy ich charakterze energetycznym, i przy takiem rozszerzeniu pojemności czynnościowej kory i psychiki, które już pozwala na współczesne istnienie i ciągłości orjentowania się w stanie swego organizmu i środowiska, w którem się znajduje, i ciągłości wewnętrznego procesu myślowego. Procesy wyłącznie wewnątrzkorowe rozwojowo stoją najdalej od mechanizmów instynktowych, których obudzona czynność zawsze

[1]) Psychologie der frühen Kindheit. Leipzig. 1928.

powoduje odpowiednią reakcję ruchowo-mięśniową; procesy wyłącznie wewnątrzkorowe są oderwane od ruchu mięśniowego, są ruchem natury wyłącznie mnemicznej.

II. EWOLUCJA PSYCHIKI. Widzieliśmy, że „biologiczno-ewolucyjna" teorja warstw Hoffmanna w rzeczywistości nie mówi ani o rozwoju uczuć, ani o rozwoju poznania, a nawet przeciwnie, ostro przeciwstawia popędowość (możnaby również powiedzieć: uczuciowość popędową) dwóch pierwszych warstw poznaniu trzeciej warstwy. A przecież, jeżeli u dziecka normalnego spostrzegamy rozwój psychiczny, to należy przypuszczać, że i życie uczuciowe i poznanie rozwijają się również.

1. Rozwój uczuciowości. Popęd istot żyjących do życia wogóle jest niewątpliwie najelementarniejszym i najstarszym popędem, z którego dopiero rozwijają się i różniczkują inne. Wielu autorów nie waha się uznać, że już w tym najpierwotniejszym popędzie, przejawiającym się u każdego pierwotniaka, tkwi jakieś najelementarniejsze uczucie, które, zależnie od swego zabarwienia, doprowadza do klisis lub ekklisis (Monakow i Mourgues[1]), czyli do reakcyj grati- lub nociceptywnych. (Ariens Kappers[2]) Poza ssaniem i poza odruchami, noworodek ludzki reaguje zawsze jednakowo, mianowicie w sposób afektywno-ruchowy, na bodźce niezmiernie różnorodne, jeżeli tylko ich nasilenie wystarcza do wywołania uczucia przykrości; nieco później zaczyna reagować na inne bodźce wyraźnemi objawami zadowolenia i radości. I tutaj zatem mamy do czynienia tylko z reakcjami noci- lub graticeptywnemi, chociaż niewątpliwie o poziomie rozwojowym uczucia już nieporównanie wyższym, aniżeli u jakichś zwierząt niższych, u których istnienie podmiotowego stanu uczucia musi z natury rzeczy pozostać nazawsze hypotezą, — zresztą z punktu widzenia ewolucyjnego oczywiście zupełnie prawdopodobną. Natomiast istnienia uczuć protopatycznych noworodka nikt już nie neguje: są one wywoływane przez te same bodźce protopatyczne, które i u człowieka dorosłego wywołują naogół takie same uczucia przyjemności lub przykrości cielesnej. Z punktu widzenia psychofizjologicznego, a także psychjatrycznego, jest rzeczą jaknajwiększej wagi dokładne uświadomienie sobie, że te uczucia protopatyczne mają swój neurodynamiczny odpowiednik w czynnościach ośrodków podkorowych (talamiczny ośrodek afektywności

[1]) Introduction biologique à l'étude de la Neurologie. Alcan. 1928.
[2]) Die vergleichende Anatomie des Nervensystems. 1920 Haarlem.

protopatycznej Head'a), wskutek czego (na poziomie podkorowym) są zupełnie niezdolne — narówni z innemi mechanizmami podkorowemi natury instynktowej — do dalszego rozwoju w życiu osobniczem. Stwierdzenie tego faktu pozwala nam uniknąć zasadniczego błędu, popełnianego przez niektórych psychjatrów, przekonanych o tem, że całe życie uczuciowe człowieka dorosłego ma swoją lokalizację w ośrodkach podkorowych. W rzeczywistości normalny rozwój uczuć tak samo, jak i poznania, możliwy jest u człowieka tylko w tych przypadkach, w których kora mózgowa jest prawidłowo czynna; cała patologja kory mózgowej, a szczególnie ciężkich niedorozwojów psychicznych i organicznych spraw rozlanych świadczy o tem w sposób zupełnie niedwuznaczny. Gdzieindziej[1]) starałem się wykazać, że dopiero rzutowanie współczesnych zespołów talamicznych na korę mózgową umożliwia „psychizację" uczuć instynktowych popędów, mianowicie z jednej strony przekształcanie popędowych uczuć protopatycznych przez ich wzajemny wpływ, niemożliwy w warunkach podkorowych mechanizmów u człowieka, zaś z drugiej strony przez powstawanie „odruchów" warunkowych i coraz dalej postępującą irradjację uczucia na nowe nabytki poznawcze, dzięki której mogą powstawać nowe, intelektualizowane zespoły uczuciowe, już pozbawione składnika kinestetyczno-ruchowego. Powstają w ten sposób nowe tendencje uczuciowe, stopniowo w rozwoju psychiki uniezależniające się coraz bardziej od popędów instynktowych, a nawet — pod wpływem wychowania i środowiska — coraz bardziej się im przeciwstawiające: rozwija się „ideał", poczucie „obowiązku" rodzinnego, towarzyskiego, narodowego, humanitarnego, w stosunku do własnej godności ludzkiej itd. Przy takiem ewolucyjnem ujęciu życia uczuciowego, od popędów wrodzonych aż do uczuć najbardziej intelektualizowanych i sublimowanych, staje się zbytecznem przyjmowanie w trzeciej warstwie psychicznej jakiegokolwiek „bezsilnego kierownictwa", pod nazwą woli, świadomości, rozsądku, myślenia przyczynowo-logicznego itp. Jeżeli psychika ulega rozwojowi, to warstwa trzecia musi wyłaniać się ewolucyjnie z warstw poprzedzających, pomimo wszelkich różnic, które ją cechują, i pomimo małej liczby ludzi, którzy dochodzą do naprawdę szczytowego jej rozwoju. I jeżeli siłą dynamiczną instynktu są popę-

[1]) v. „Zarys fizjologicznej teorji uczuć" Monografja Rocznika Psychjatr. 1930 i „Intégrations nerveuses" w Biuletynie Akademji Umiejętności 1932/34.

dy, zaś drugiej warstwy psychicznej uczuciowość popędowa, i jeśli uznajemy dalszy jeszcze rozwój uczuciowości — aż do subtelnych uczuć natury poznawczej, etycznej, społecznej, religijnej, to musimy uznać, że te uczucia sublimowane, albo tendencje determinujące, a nie jaźń, wola, rozsądek itp. są w warstwie trzeciej taką siłą dynamiczną procesów, które tę warstwę charakteryzują, podobnie jak „popędowość" Hoffmanna jest siłą dynamiczną procesów, cechujących dwie pierwsze warstwy.

2. Rozwój poznania. Jeżeli ujęcie ewolucyjne warstw psychicznych wymaga rozciągnięcia rozwoju życia uczuciowego i na warstwę trzecią, to z poznaniem, które ma cechować właśnie warstwę trzecią, rzecz się ma wprost odwrotnie, gdyż należy stwierdzić, czy jego źródła nie tkwią również w warstwach niższych.

Jeżeli tutaj, tak samo jak przy rozwoju uczuć popędowych, sięgniemy aż do najniższych szczebli ewolucyjnych, na których nie znajdujemy jeszcze mechanizmów instynktowych (dziedziczonej pamięci Heringa, zespołów mnemicznych współczesnych), tylko tropizmy, to musimy przyznać, że tu znajdujemy już wyraźny popęd pierwotny do życia, ale nie znajdujemy poznania w znaczeniu różniczkowania bodźców, działających z odległości; tu wszelkie reakcje tropowe można jeszcze wytłumaczyć w sposób chemiczno-fizykalny. Popęd do życia jest zatem zjawiskiem ewolucyjnie wcześniejszem od poznawania na odległość, które wymaga już większego zróżniczkowania morfologicznej budowy organizmu, umożliwiającego dziedziczenie zespołów mnemicznych, regulujących wszystkie podstawowe stosunki jednostki i gatunku do świata zewnętrznego. Te zespoły mnemiczne są zawsze natury poznawczo-popędowo-kinestetycznej, ich obudzenie przez zadziałanie bodźca doprowadza zatem zawsze do reakcji ruchowej o charakterze klisis lub ekklisis; od tropowych odróżniają się mechanizmy instynktowe zdolnością rozpoznawania jakości bodźców (u zwierząt często nawet na odległość, (Dreszer[1]), względnie wyraźniejszemi przejawami przyjemności lub przykrości (przynajmniej u wyższych zwierząt i u człowieka) i większą złożonością ruchów preformowanych.

U noworodka ludzkiego różniczkowanie jakości bodźców, działających z odległości, równa się zeru, pomijając punkt świecący,

[1]) v. O dziedzicznych źródłach charakteru. Rocznik Psychjatr. 1933.

który zwraca jego uwagę. I u noworodka zatem żywiołowe, instynktowe reakcje uczuciowe (ekklisis i klisis) poprzedzające znacznie rozwój jego poznania, zależą całkowicie od czynności podkorowych. Dzięki pamięci osobniczej kory, dziecko zaczyna poznawać świat zewnętrzny poprzez okulary swoich tendencyj instynktowych rzutowanych na korę (powstawanie odruchów warunkowych). Kora mózgowa człowieka jest narządem pamięci osobniczej tak subtelnym, że — jak widzieliśmy — możemy tu wyróżnić dwa podstawowe mechanizmy zapamiętywania, mianowicie: z jednej strony mechanizm chronogenny, w którym działa tylko czynnik czasu, i w którym ulegają engrafji współczesne zespoły podrażnień (wrażeń) najbardziej różnorodnych, wskutek czego powstają zespoły mnemiczne, w których wszystko (engram każdego wrażenia) może się kojarzyć ze wszystkiem (z engramem każdego innego wrażenia); zaś drugi mechanizm można nazwać wybiórczym, właśnie w przeciwstawieniu do mechanizmu chronogennego, gdyż tutaj działa nie czas (współczesność lub następczość), ale uwaga, funkcja każdej tendencji uczuciowej (zainteresowania). Kojarzenia chronogenne tworzyłyby chaos doznawań, gdyby z pośród nich uwaga nie wybierała i nie utrwalała silniej i na dłużej tych doznawań, które ściślej się wiążą z tą lub inną tendencją istniejącą. Uwaga, funkcja tendencyj, zaprowadza zatem pewien ład i porządek, pewną hierarchję w chaosie doznawań chronogennych i w zdobywanych zasobach pamięciowych. Mowa, która pod postacią wyrazów dostarcza dziecku gotowych symbolów dla określenia nietylko doznawań konkretnych, ale i układania ich w gotowe już kategorje pojęć oderwanych, ułatwia w wysokim stopniu szybki rozwój poznawania świata zewnętrznego. Uwaga umożliwia wiązanie w jedną całość kategorjalną doznawań, należących do bardzo różnych warstw chronogennych, ale do tej samej kategorji pojęciowej; pod tym względem działanie uwagi jest wręcz odwrotne, aniżeli działanie chronogennego mechanizmu zapamiętywania, w którem właśnie każde wrażenie może się wiązać z każdem innem. Istnienie obu tych mechanizmów zapamiętywania i kojarzenia występuje w sposób jaskrawy szczególniej we wczesnych stadjach rozwoju psychicznego, a więc w myśleniu archaicznem ludów pierwotnych i u dziecka, a także w marzeniach sennych i w pewnych kategorjach przypadków psychopatologicznych.

Myślenie archaiczne odbywa się pod kierunkiem popędowości czyli uczuć popędowych dwóch pierwszych warstw psychicznych w znaczeniu Hoffmanna, w przeciwieństwie do myślenia przyczynowo-logicznego warstwy trzeciej, rzekomo nie posiadającej własnej uczuciowości. Rzeczywiście, i zwierzęca gwałtowność popędów instynktowych, i wzruszeniowy, promieniujący we wszelkich kierunkach charakter uczuć drugiej warstwy, np. troski, strachu, skruchy, miłości, nienawiści i t. d., niewątpliwie przeszkadza myśleniu przyczynowo-logicznemu, które wymaga właśnie spokoju w znaczeniu nieczynności wszystkich tych popędów i wzruszeń. Ale ten spokój nigdy nie jest równoznaczny z nieczynnością życia uczuciowego wogóle, bo taka zupełna nieczynność jest stanem głębokiego snu[1]). Przyczynowo-logiczne myślenie nie jest jakiemś automatycznem, odbywającem się samo przez się, kojarzeniem dobrze wyuczonych szczegółów, jak np. przy bezmyślnem recytowaniu wiersza przez dziecko, którego uwaga jest właśnie na co innego skierowana; przeciwnie, jest zawsze pracą uwagi, jest wysiłkiem, który doprowadza do znużenia, jeśli trwa zbyt długo; a uwaga jest zawsze funkcją zainteresowania czyli tendencji uczuciowej. Uczucie, kierujące myśleniem przyczynowo-logicznem, istnieje zatem niewątpliwie, ale różni się od rozwojowo niższych popędów i od uczuć popędowych. Różnice te wynikają właśnie z ewolucji życia uczuciowego, stąd, że uczucia te są przedstawicielstwem różnych stadjów tego rozwoju. Spokojne, subtelne, w odpowiedniej mierze silne i przedewszystkiem długotrwałe działanie tendencyj uczuciowych, kierujących myśleniem przyczynowo-logicznem, a więc procesem wewnątrzpsychicznym, jest istotnie krańcowem przeciwieństwem zwierzęcości i gwałtowności popędów instynktowych, doprowadzających do bezpośrednich wyładowań ruchowych. Uczuciowość popędowa warstwy drugiej zatraca już charakter zwierzęcości, jej przejawy są nie tak gwałtowne, jak popędowości instynktowej. Uczuciowość intelektualizowana warstwy poznania — w czasie jej działania — przejawia się wyłącznie lub prawie wyłącznie intrapsychicznie, a nazewnątrz rezultat myślenia przyczynowo-logicznego może się ujawnić znacznie później albo nawet nigdy.

Zdaje się, że możemy nawet powiedzieć, czemu rozwój życia uczuciowego idzie właśnie w powyższym kierunku, a nie w ja-

---

[1]) v. Sen i czuwanie. Rocznik Psychjatr. 1935. Zesz. XXV.

kim innym. Rozporządzalny zasób sił dynamicznych instynktu lub psychiki jest ograniczony. Instynkt cechuje się wyłącznością i jednokierunkowością swoich popędów i swoich reakcyj, tj. cechuje się zawsze monotendencją i monowalencją. Warstwa druga myślenia archaicznego cechuje się już przeciwnie ambitendencją i ambiwalencją, czyli współczesnem istnieniem dążeń przeciwstawnych, co z jednej strony wskazuje na rozszerzenie pojemności czynnościowej, ale z drugiej strony — wobec ograniczoności rozporządzalnych zasobów dynamicznych — powoduje pewne osłabienie nasilenia obu tych współcześnie istniejących tendencyj; tutaj fizjologicznie mamy do czynienia już z mechanizmami kory mózgowej. Warstwa trzecia cechuje się krytycyzmem i przedmiotowością myślenia, które wymagają — nie dwustronnego — ale możliwie najbardziej różnostronnego ujęcia przedmiotu zainteresowań, a więc pluriwalencji i pluritendencji, tj. wymagają pojemności czynnościowej większej, aniżeli przy myśleniu archaicznem, wymagają pracy uwagi, rozproszonej na znacznie szerszy zakres treści, a jednak wciąż skierowanej ku ostatecznemu wynikowi, mającemu rozwiązać zagadnienie; ta subtelna praca, wymagająca stale i równoczesnego ujmowania całości zagadnienia, i rozpatrywania wszelkich poszczególnych dróg, mogących doprowadzić do rozwiązania, bez gubienia głównej nici przewodniej, wymaga takiego wysiłku, że budzenie się każdej jakiejś innej tendencji uczuciowej, niezwiązanej z tem zagadnieniem, a odrywającej od niego uwagę, burzy uprzedni jej harmonijny, spokojny układ.

Stąd wynika, że poznanie, rozsądek i myślenie przyczynowo-logiczne nie są same przez się żadną siłą psychiczną, ale są najlepszem i ewolucyjnie najwyżej stojącem biernem narzędziem, stwarzanem przez tendencje uczuciowe i używanem przez nie jako środek, prowadzący do ich własnych celów; cel jest już oczywiście zależny jedynie i wyłącznie od rodzaju tendencji, może być — z punktu widzenia moralnego — szczytny albo niski.

Bierny charakter poznania tak samo przejawia się zatem w trzeciej warstwie psychicznej, jak i w dwóch pierwszych; „ideały" trzeciej warstwy są pustem słowem, jeśli nie popiera ich siła uczucia „sublimowanego". „Poznanie jest funkcją tendencji", jak mówi J. S. Szymański[1]).

3. Rozwój współczesnych zespołów mnemicznych. Chcąc sobie ułatwić porównanie naszych zapatrywań z poglądem na war-

---

[1]) Gefühl und Erkennen. Berlin. Karger. 1926.

stwowy układ psychiki, który w tak ostry sposób przeciwstawia uczuciowość poznaniu, omawialiśmy dotąd — o ile to było możliwe — osobno uczuciowość i osobno poznanie. Nie należy jednak nigdy zapominać, że w rzeczywistości ani izolowane uczucie, ani izolowane wyobrażenie nie istnieje, są to fikcje, stworzone przez analizę psychologiczną, i w pewnej mierze zresztą istotnie ułatwiające wgląd w niektóre strony życia psychicznego. Ale naprawdę najprostszym realnym elementem życia psychicznego jest współczesny zespół doznawań (przekrój poprzeczny prądu świadomości), na który w warunkach normalnych składają się wszelkie wrażenia (zmysłowe i ustrojowe) wraz z doznawaniami natury wyłącznie intrapsychicznej. Ten zespół jest psychiczną jednością czynnościową, która tylko sztucznie daje się rozkawałkować, przyczem okazuje się, że wyniki takiego zwyczajowego rozkawałkowania w zasadzie niepodzielnej psychiki (czyli jej podział na uczuciowość, poznanie i wolę lub zachowanie się) jest pewnym oddźwiękiem rzeczywiście istniejących stosunków anatomicznych (drogi nerwowe: epikrytyczne, afektywne i czucia głębokiego wraz z ich przedstawicielstwem w korze mózgowej); podczas, gdy fizjologja już mówi o tworzeniu się fizjologicznych jedności czynnościowych: segmentalnych w rogach tylnych rdzenia kręgowego i dla przeciwległej połowy ciała w każdem wzgórzu wzrokowem. Na korę mózgową dziecka — od chwili, kiedy jej struktura morfologiczna jest dostatecznie wykończona — nie działają zatem nigdy pojedyńcze podrażnienia dośrodkowe, tylko zawsze współczesne zespoły talamiczne, jako jedności czynnościowe (lokalizacja chronogenna warstw mnemicznych); dziecko natomiast oddziaływa wybiórczo tylko na te poszczególne podrażnienia, wchodzące w skład zespołów współczesnych, które są zabarwione afektywnie (mechanizm wybiórczy zapamiętywania i oddziaływania); taka wybiórczość przejawia się również jaskrawo w każdym odruchu warunkowym Pawłowa, w którym jest dokonywana zazwyczaj przez tendencję do zaspakajania głodu.

Nowe nabytki poznawcze, zróżniczkowane, mogą być dokonywane zatem tylko wtedy, jeśli bodziec, przedtem obojętny i dlatego albo niepostrzegany, albo przynajmniej nieróżniczkowany, przestaje być obojętnym, gdyż promieniuje nań ton uczuciowy popędu czy tendencji, będącej składnikiem tego lub innego współczesnego

zespołu mnemicznego; bodziec zostaje zróżniczkowany i zapamiętany tylko wtedy, jeśli budzi uwagę, zainteresowanie.

Ten pierwotny mechanizm początkowego rozwoju psychiki wskazuje na to, że uczucie jako podmiotowa, wybiórcza ocena wartości odbieranych wrażeń, nie może istnieć bez przedmiotu tej oceny, jak również przedmiot nie może istnieć dla naszych doznawań, jako wrażenie zróżniczkowane i uświadamiane, jeżeli jest obojętny, jeżeli nie jest podmiotowo oceniony, przez uczucie i oświetlony wybiórczo przez jej funkcję, uwagę. Zresztą i człowiek dorosły dochodzi do nowych nabytków poznawczych (gnostycznych) tylko wtedy, jeśli budzą jego zainteresowanie; oczywiście z biegiem czasu zainteresowanie pewnym nabytkiem poznawczym może gasnąć (jeżeli się zwraca w innym kierunku), wtedy nabytek zostaje „zapomniany", nie może być wcale lub nie może być dokładnie przypomniany, szczególniej, jeżeli nie wchodzi jako składnik do większej jakiejś kategorji poznawczej, budzącej pewne zainteresowanie; a jeżeli jeszcze może być przypomniany, to tylko pod wpływem pracy uwagi, która przez należyte oświetlenie wydobywa go jeszcze z zapomnienia. Ale w żadnym przypadku składnik poznawczy i składnik uczuciowy nie wystąpi jako „element" psychiczny zupełnie izolowany.

Rozwój psychiki nie jest zatem nigdy — i nie może być — izolowanym rozwojem uczucia, lub izolowanym rozwojem poznania; natomiast jest zawsze rozwojem współczesnych zespołów doznawań zróżniczkowanych, nawarstwiających się na siebie w kolejności chronogennej (potok „świadomości") tak samo, jak się nawarstwiają wszelkie współczesne wrażenia obojętne, a więc nie różniczkowane, a przez to nie dochodzące do naszej świadomości, i nie grające w rozwoju psychiki żadnej roli. Im dłużej trwa rozwój psychiki w warunkach normalnych, tem więcej jest z natury rzeczy nietylko warstw chronogennych wogóle, ale także utrwalonych w pamięci współczesnych zespołów doznawań różniczkowanych, które są zlokalizowane wprawdzie w różnych warstwach chronogennych, ale tworzą jednak pewne kategorje doznawań, już niezależne od warstwowości chronogennej, bądź wskutek tożsamości ich tendencyj uczuciowych do osiągnięcia „ideałów" moralnych, społecznych, religijnych, poznawczych, bądź wskutek tożsamości przedmiotu konkretnego (np. osób, z któremi się współżyje), który w różnym czasie (w różnych warstwach chronogennych)

budził nieraz jednak bardzo odmienne uczucia, skąd powstają przejawy ambi- i pluriwalencji.

W ten sposób ewolucję psychiki należy ujmować jako ewolucję współczesnych zespołów doznawań różniczkowanych, od najprostszych (instynktowych, protopatycznych, których składnik uczuciowy i składnik poznawczy są najbardziej elementarne), aż do najbardziej złożonych psychicznych zespołów, które są zupełnie już oderwane od bezpośrednich realnych bodźców świata zewnętrznego i własnego ustroju i których składniki poznawcze mogą zawierać ogromne zasoby wiedzy, zaś składniki uczuciowe mogą być ogromnej złożoności. Tutaj zatem dopiero dochodzimy do takiego pojmowania ewolucji psychiki, które zupełnie dosłownie zgadza się z określeniem przez H. Jacksona ewolucji, jako czynnościowego rozwoju od tektonicznie najprostszego zespołu do czynnościowo złożonego, od tego, co jest bardziej automatyczne, do tego, co jest bardziej dowolne i wybiórcze.

Jak widzimy, jesteśmy tutaj bardzo odlegli od „biologiczno-ewolucyjnej" teorji warstw psychicznych Hoffmanna, która zasadniczo przeciwstawia całą popędowość poznaniu. Ale pomimo wszelkich różnic w pojmowaniu ewolucji psychiki, musimy w zupełności przyznać, że obecna modernizacja trójpodziału psychiki przez Platona na soma, psyche i nus, stanowi znaczny postęp w psychologji i w psychjatrji. Tylko nie należy porównywać tych „warstw psychicznych" z nakładającemi się na siebie warstwami skorupy ziemskiej, ale należy ujmować je jako hierarchicznie różne kategorje zespołów uczuciowych, rozwijających się w różnych stadjach życia ludzkiego i cechujących się nietylko swoistem poznaniem, ale i swoistem życiem uczuciowem w każdem z tych stadjów. Przy takiem — rzeczywiście ewolucyjnem i rzeczywiście dynamicznem ujęciu „warstw psychicznych"—możemy już przynajmniej w pewnej mierze zbliżyć się do czysto fizjologicznego pojęcia dominant neurodynamicznych, które na poziomie podkorowym mogą nam tłumaczyć naprzemienność stanów snu i czuwania[1]) u zwierząt bezmózgich i anencefalów, a których czynność na poziomie kory mózgowej, stwierdzona dotąd doświadczalnie tylko przy wypracowywaniu odruchów warunkowych Pawłowa, jest, według wszelkiego prawdopodobieństwa,

[1]) v. Sen i czuwanie l. c.

fizjologicznym odpowiednikiem dynamiki zjawisk psychicznych, a więc zespołów uczuciowych.

Rozwój zespołów polega zatem na coraz większem oddalaniu się ich od typu zespołów instynktowych, a więc coraz większem oddalaniu się składnika poznawczego od typu zmysłowego (większa abstrakcyjność), i coraz dalej idące oderwanie się składnika uczuciowego od typu popędu instynktowego; w obu przypadkach rozwój równoznaczny jest ze zwiększaniem się pojemności czynnościowej psychiki, chociaż oczywiście rezultaty dynamiczne obu tych kategoryj rozwoju są zupełnie inne: składnik poznawczy, zarówno na najniższym, jak na najwyższym swym poziomie rozwojowym, pozostaje zawsze jednakowo biernym materjałem, ożywianym tylko przez uwagę i zainteresowanie; natomiast rozwój składnika uczuciowego tworzy nowe kategorje sił dynamicznych psychiki, mianowicie ewolucja doprowadza do powstania z monowalentnych uczuć instynktu ambiwalentnych uczuć drugiej warstwy (drugiego okresu rozwojowego), a z tych do rozwoju pluriwalentnych, sublimowanych uczuć trzeciej warstwy (trzeciego okresu rozwojowego). A ponieważ mamy tutaj do czynienia z powstawaniem nowych sił dynamicznych, wprawdzie często przeciwstawnych do sił niższego poziomu, ale oczywiście bynajmniej niezawsze je niszczących, więc w rezultacie życie uczuciowe normalnego człowieka dorosłego przedstawia się nam jako jeden wielki układ dynamiczny, w którym współcześnie — ale w różnem napięciu — działają różne kategorjalne układy dynamiczno-uczuciowe, dzięki wielkiemu rozszerzeniu pojemności czynnościowej życia uczuciowego w stosunku do niższych okresów jego rozwoju. Rozwój psychiki sprowadza się zatem przedewszystkiem do rozwoju dynamiki uczuciowej, której szczytowym wyrazem z największą pojemnością czynnościową i z największą pluriwalencją jest okres trzeci: „woli" i myślenia przyczynowo-logicznego. Rozwój życia uczuciowego nie idzie bynajmniej w kierunku wzrastania nasilenia określonego uczucia, ale wręcz odwrotnie — w kierunku zmniejszania się nasilenia uczuć istniejących na rzecz powstawania nowych, bardziej stale działających (determinujących) tendencyj z jednej strony i na rzecz wzrastającej pojemności czynnościowej życia uczuciowego z drugiej strony. Postanowienie, które przypisujemy naszej woli, jest zawsze wypadkową gry naszych uczuć pluriwalent-

nych, sublimowanych, co przejawia się wyraźnie w tem, że wola jest nietylko sternikiem naszych myśli i czynów, ale jest równocześnie zawsze także „chceniem", w którem tkwi pewien element przyjemności lub przykrości tych uczuć o charakterze powszechnym, przejawiającym się w uczuciowości wszystkich warstw, i będącym przez to najsilniejszym dowodem ewolucji uczuciowości poprzez wszystkie jej poziomy, możnaby powiedzieć, jej jedności ewolucyjnej, istniejącej pomimo wielkich różnic, jakie wykazuje uczuciowość na różnych poziomach. Życie psychiczne jest w rzeczywistości grą sił dynamicznych, stojących na różnym stopniu ewolucji psychicznej, a zaburzenia psychiczne są zaburzeniem normalnego, harmonijnego ustosunkowania się wzajemnego tych sił t.j. ustalonego ich w danej chwili układu, przyczem najłatwiej ulegają uszkodzeniu rozwojowo najmłodsze tendencje determinujące. Fizjologicznie gra tych trzech wielkich „dominant" neuroenergetycznych odbywa się niewątpliwie w całości na poziomie kory mózgowej; z jednej strony stanowią one całość jednolitego dynamizmu całego układu nerwowego ośrodkowego, rozporządzającego pewnym ograniczonym zasobem energji, z drugiej zaś strony każda z tych wielkich dominant składa się znowuż z pewnej ilości podrzędnych dominant, odpowiadających np. na poziomie mechanizmów instynktowych poszczególnym popędom wrodzonym. Nieco dokładniejsze wyobrażenie o tych stosunkach dynamicznych daje nam dopiero patologja.

B. NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY.

Oligofrenje dobrze się nadają do rozpoczęcia rozpatrywania zaburzeń psychicznych w świetle naszego poglądu ewolucyjnego dlatego, że nie są „odbudową" gotowej, wykończonej już struktury psychicznej normalnej, jak inne psychozy, ale są zahamowaniem jej rozwoju. Mamy tu do czynienia z warunkami względnie najbardziej elementarnemi, w których zatem względnie najłatwiej można się zorjentować. Ale rozpoczynamy od oligofrenij jeszcze i dlatego, że właśnie niedorozwoje psychiczne zdają się być napozór najjaskrawszem zaprzeczeniem naszych zapatrywań, — zresztą także i wogóle całego kierunku dynamicznego w psychologji i w psychjatrji.

Rzeczywiście, od ubiegłego wieku do oligofrenij stosowany jest podział kliniczny, który można nazwać klasycznym i który przez całe ostatnie półwiecze, nie uległ żadnej zmianie zasadniczej,

ponieważ dzielą je powszechnie na niedorozwój intelektualny i niedorozwój moralny. W tym podziale, jaskrawo odgraniczającym sferę poznania od sfery uczuć, możnaby upatrywać pewną analogję do przeciwstawiania w ubiegłym wieku „psychoz afektywnych" (manji i melancholji) „psychozom rozsądku", to jest schorzeniom paranoicznym. Wprawdzie naogół dzisiaj — a właściwie od czasów Kraepelina — już jest w psychjatrji mocno zakorzenione przekonanie, że niema wogóle psychozy bez zaburzeń uczuciowych; ale właśnie szczególniej w dziale oligofrenij wciąż mocno podkreślany jest fakt istnienia z jednej strony często głębokich niedorozwojów moralnych, wykazujących jednak normalną albo nawet wyjątkową inteligencję, zaś z drugiej strony mniej lub więcej głębokich niedorozwojów intelektualnych, których życie uczuciowe, a szczególniej jego strona moralna, może wykazywać zmiany wyraźne, ale może ich także nie wykazywać. Stąd dalszy podział niedorozwojów intelektualnych jest już dokonywany zazwyczaj wyłącznie na podstawie oceny sfery poznawczej osobnika, przyczem niektórzy autorowie opisują życie uczuciowe oligofrenika ryczałtowo dla idjotów, głuptaków i debilów, zaznaczając ogólnikowo, że w przypadkach, w których się nie rozwinęły pojęcia abstrakcyjne, z natury rzeczy nie mogły powstać i uczucia wyższe, intelektualizowane i że pozatem zaburzenia uczuciowe — jeśli istnieją — są tylko objawem towarzyszącym i zmiennym co do nasilenia. Stopień niedorozwoju intelektualnego nie jest również zależny od tego, czy mamy do czynienia z jego postacią pobudliwą, eretyczną czy też ociężałą.

Wszystkie te fakty kliniczne zdają się być istotnie jednem wielkiem zaprzeczeniem dynamicznego poglądu na ewolucję psychiki przez chronogenne nawarstwianie się współczesnych zespołów uczuciowych, w których składnik uczuciowy zawsze jest związany ze składnikiem poznawczym; zaprzeczeniem tem silniejszem, że w niektórych przypadkach oligofrenij intelektualnych pamięć może wykazywać w pewnych specjalnych kierunkach sprawność nietylko dobrą, ale nawet fenomenalną.

A jednak ośmielamy się twierdzić, że chociaż przytoczone powyżej fakty kliniczne naogół nie mogą ulegać żadnej wątpliwości, to jednak klasyczna ich interpretacja jest błędna na jednym zasadniczym punkcie, którego odmienne ujęcie rzuca zupełnie inne światło na te same, powszechnie znane fakty kliniczne.

I. NIEDOROZWOJE INTELEKTUALNE. Rogues de Fursac[1]) podaje, że podział na trzy klasyczne kategorje tych niedorozwojów (idjotyzm, głuptactwo i ograniczenie umysłu), dokonany na podstawie nasilenie braków intelektualnych, opiera się na czterech probierzach, z których dwa są psychologiczne, jeden ewolucyjny i jeden społeczny.

Psychologicznemi probierzami są: a) — uwaga, której niema lub prawie niema u idjoty, która jest u głuptaka trudna do obudzenia, jeszcze trudniejsza do utrzymania i bardzo szybko się nuży, i która wreszcie w ograniczeniu umysłowem jest niestała i szybko się nuży, i b) — mowa, której niema lub prawie niema u idjoty, która jest u głuptaka, jako mowa ustna mętna i ograniczona do słownictwa szczupłego, jako mowa pisana nie istnieje lub tylko w postaci szczątkowej, zaś w ograniczeniu umysłowem jest normalna jako postać ustna, zaś jako postać pisana jest rozwinięta natyle, że pozwala wyrazić osobnikowi wszystkie jego myśli, albo nawet wogóle jest poprawna.

Probierz charakteru ewolucyjnego opiera się na porównaniu umysłowości oligofrenika z umysłowością dziecka: idjoty z dzieckiem poniżej 3 lat, głuptaka z dzieckiem od 3 do 7 lat, ograniczonego umysłowo z dzieckiem od 7 do 12 lat. Takie upodabnianie jest słuszne co do mowy i wiadomości nabytych, zwykłych i szkolnych, ale psychologja dorosłego oligofrenika nie odpowiada w całości psychologji dziecka w żadnym wieku; głuptak nie ma ani fantazji, ani zdolności spostrzegania i zapamiętywania dziecka od 3 do 7 lat, i niezawsze ma jego uczuciowość, natomiast miewa inne popędy, np. seksualne.

Probierzem społecznym posiłkuje się przy podziale niedorozwojów obowiązujące zarządzenie angielskie, które wyróżnia stopień zdolności oligofrenika do chronienia siebie i zaspakajania swych potrzeb. Stąd idjotą jest osobnik, niezdolny do wystrzegania się przed najprostszem niebezpieczeństwem materjalnem (przed płomieniem ogniska, przed wodą w sąsiedztwie); głuptakiem jest osobnik, zdolny do wystrzegania się tych niebezpieczeństw, ale niezdolny do zaspakajania swych potrzeb; wreszcie umysłowo ograniczonym jest osobnik, zdolny do zdobywania sobie utrzymania w warunkach pomyślnych, ale niezdolny: a) — do konkurencji życiowej, na stopie równości, z osobnikami normalnymi, b) — do

[1]) Manuel de Psychiatrie. Paris. Alcan. 1923.

kierowania sobą i swojemi sprawami w sposób elementarnie rozsądny.

To krótkie, ale dobre ujęcie oligofrenji przez Rogues de Fursac'a może nam posłużyć za punkt wyjścia do podkreślenia różnic, wynikających z naszego ujęcia.

I powiedzmy zgóry: podstawowa różnica polega na odmiennem pojmowaniu uwagi. Kraepelin, który do dzisiejszego dnia swoją wielką indywidualnością oddziaływa na psychjatrję, określa uwagę jako wewnętrzną czynność woli, omawia jej zaburzenia w rozdziale o postrzeganiu i świadomości, daleko od rozdziału o zaburzeniach życia uczuciowego. Bleuler uważa już wprawdzie uwagę za przejaw afektywności, twierdzi, że przy działaniu uwagi „zainteresowanie" hamuje i toruje drogę kojarzenia, zupełnie tak samo, jak gdzieindziej afekty, — ale nie przeprowadza jednak konsekwentnie myśli o ewolucji uwagi i ewolucji uczuć, chociaż wyraźnie unika pojęć „duchowych", jak np. wola.

Jeśli staniemy na stanowisku, że uwaga jest przejawem uczuciowości wogóle, a więc równie dobrze popędów wrodzonych, jak uczuć popędowych i wreszcie zainteresowań najbardziej sublimowanych, to zrozumiemy konieczność rozróżniania odrębnych rodzajów uwagi, jak to znajdujemy np. u G. Revault D'Allones'a[1]), który wyróżnia uwagę percepcyjną, apercepcyjną, atrybucyjną (sądzenie), konceptualną (rozumienie), racjonalną (dedukowanie, indukowanie).

Otóż żaden dział psychjatrji nie wykazuje tak wyraziście, jak oligofrenje, konieczności przyjęcia ewolucji uwagi i ewolucji uczuciowości, ponieważ klasyczny ich podział na idjotyzm, głuptactwo i ograniczenie umysłu opiera się przedewszystkiem na stopniu rozwoju uwagi, czyli na stopniu rozwoju uczuciowości, której ona jest funkcją. Z dynamicznego punktu widzenia, który uczuciowość uważa za jedyną siłę, działającą w przebiegach psychicznych, zaś poznanie i psychoruchowość uważa za bierne narzędzia, zapomocą których tendencje uczuciowe mogą dochodzić do swego celu, jest zatem rzeczą zupełnie jasną, że wszelkie zaburzenia w „sferze intelektualnej" są zawsze przejawem takich lub innych zaburzeń w dynamizmie psychicznym, tj. w życiu uczuciowem. Zaburzenia uczuciowe w wielu razach są trudno uchwytne, a dla bezpośredniego badania są zawsze nie-

[1]) L'attention, w Traité de Psychologie, Dumas'a. 1923.

dostępne, ale zaburzenia intelektualne, łatwo dające się spostrzegać, są właśnie zawsze wyrazem tych zaburzeń uczuciowych. I odwrotnie: rozwój inteligencji jest zewnętrznym przejawem rozwoju uczuciowości, stopień niedorozwoju intelektualnego jest zewnętrznym wyrazem stopnia niedorozwoju życia uczuciowego.

W zastosowaniu takiego poglądu na pierwszy, podstawowy probierz psychologiczny podziału oligofrenij, moglibyśmy teraz powiedzieć, że idjota nie wykazuje uwagi wcale lub prawie wcale, ponieważ nie posiada zespołów uczuciowych, których tendencje byłyby skierowane do mniej lub więcej wyraźnego celu poznawczego, — w krańcowych przypadkach nie dochodzi tu nawet do powstania odruchów warunkowych, które wymagają przekształcenia bodźca obojętnego na nieobojętny przez irradjację uczucia tendencji protopatycznej i przez utrwalenie tego bodźca w pamięci; — osobnik pozostaje w tych przypadkach na poziomie istoty czysto instynktowej, jak przeciętny anencefal. U ośmioletniej dziewczynki, głuchoniemej idjotki, pozostającej obecnie w klinice warszawskiej, można łatwo stwierdzić, że wzrok jej nietylko nie wykazuje jakiejś zwiększonej, zastępczej czujności, ale przeciwnie, wrażenia wzrokowe bardzo rzadko budzą jej uwagę (pokarm, niekiedy parę osób, opiekujących się nią, ruch piłki, nowe ubranie itp.); pokarm i wogóle przedmioty brane do rąk, kontroluje przed włożeniem do ust węchem, możnaby więc ją nazwać istotą prawie wyłącznie protopatyczną: tutaj wysoce zróżniczkowany zmysł wzroku gra w reakcjach dziecka rolę zupełnie drugorzędną, słabo pomocniczą tylko przy działaniu uczuciowości protopatycznej. Nie znaczy to zresztą bynajmniej, że uczuciowość protopatyczna wogóle jest u idjotów dobrze rozwinięta, gdyż np. nawet w przypadkach skłonności do obżarstwa zdarza się rażąco słaba reakcja na bodźce smakowe; a co więcej Ch. Richet i Ottolenghi stwierdzili, że czucie bólu fizycznego u idjotów i głuptaków jest tępe, a J. Joteykówna[1]), Ottolenghi, Mac Donald[1]), wykazali, że nawet wśród normalnych dzieci najbardziej inteligentne są wrażliwsze na ból, niż mniej inteligentne. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że większa wrażliwość protopatyczna pociąga za sobą większe zwracanie uwagi, a więc i lepsze zapamiętywanie, to łatwiej zrozumiemy dynamiczne zna-

[1]) Cyt. przez J. Joteyko. Les sensations. Bruxelles 1909.

czenie tych uczuć elementarnych dla początków naszego poznania świata zewnętrznego za pośrednictwem zmysłów wyższych, wciąganych do tej akcji poznawczej przez irradjację uczuciowości protopatycznej. W lżejszych przypadkach idjotyzmu powstaje już owszem nieco większa zdolność rozpoznawania z odległości niektórych bodźców, stojących w bliskim związku ze szczupłym zakresem bezpośrednich zainteresowań.

U głuptaka uwaga, a więc życie uczuciowe, z którego ona wypływa, jest już stosunkowo znacznie lepiej rozwinięta; zakres jego zainteresowań jest znacznie większy i daje się określić — tak samo zresztą, jak w każdym normalnym przypadku, — zakresem zdobytych wiadomości, mogących się już dość znacznie oddalać od jakiegoś bezpośredniego związku z elementarną uczuciowością protopatyczną, a więc będących przejawem rozwoju jakichś pierwszych stopni intelektualizacji uczucia. Ale te wiadomości mają u głuptaka charakter ułamkowy, fragmentaryczny, ponieważ głuptak wykazuje niezdolność do należytego opracowania, pogłębienia swoich nabytków poznawczych, do powiązania ich ze sobą w pewną całość. I tu znowu możemy wskazać na przyczynę tej niezdolności: opracowanie tego materjału wymaga wysiłku, ciągłości i pojemności uwagi (czyli jej rozwoju) w takim stopniu, który jest dla głuptaka niedostępny, ponieważ nieco wyższe postacie jego uwagi są trudne do obudzenia, a jeszcze trudniejsze do utrzymania. Te ostatnie cechy uwagi, która dla nas jako jakaś odrębna siła psychiczna nie istnieje, ale jest funkcją uczuciowości, są zatem w rzeczywistości cechami uczuciowego składnika zespołów współczesnych, budzonych w danej chwili; możemy zatem powiedzieć, że to nieco wyższe stopnie rozwojowe uczuciowości głuptaka są naogół trudne do obudzenia, a jeszcze trudniejsze do utrzymania, szybko się wyczerpują; jest więc rzeczą zrozumiałą, że takie cechy dynamizmu życia uczuciowego głuptaka muszą mu uniemożliwiać należyte opracowanie nabywanych zasobów poznawczych: ułamkowość, fragmentaryczność wiedzy głuptaka jest przejawem pewnej fragmentaryczności, braku ciągłości, niemożności dłuższego wysiłku obudzonej uwagi i tendencji uczuciowej, szczególniej jeśli ta tendencja nie stoi na jakimś bardzo niskim poziomie rozwoju; stan ten klinicznie daje się łatwo stwierdzić szczególniej w przypadkach głuptaków pobudliwych, eretycznych, u których „nieinteligentne" postacie uwagi, — używając wyrażenia Revault D'Allones'a, — wywoły-

wanej przez zmienność różnorodnych wrażeń i spostrzeżeń, wykazują wprost przeciwnie taką czujność, że można tu mówić poniekąd o wzmożonej odwracalności uwagi, podobnie jak w gonitwie myślowej stanów manjakalnych. Nie może być inaczej w przypadkach, w których z natury rzeczy, ze stopnia rozwoju psychicznego wynika, że głuptaka muszą interesować przeżycia konkretne, wywoływane bezpośrednio przez bodźce świata zewnętrznego lub ustrojowe, a nie świat pojęć oderwanych, który tutaj jeszcze wogóle nie istnieje, albo prawie nie istnieje, w każdym razie nie oddala się zbytnio od tego, co jest prostem i zmysłowem.

O ograniczeniu umysłu w zasadzie można powiedzieć to samo, cośmy mówili o głuptactwie, z tem zastrzeżeniem, że tutaj rozwój życia uczuciowego, uwagi i wiedzy postępuje dalej, niż u głuptaka i w przypadkach najlżejszych już graniczy z dolnemi granicami normy psychicznej.

Również drugi probierz psychologiczny, mianowicie zakres rozporządzalnej mowy, nie wymaga już teraz — dla naszych celów — bardziej szczegółowego omówienia. Wyrazy, jako konwencjonalne znaki, jako symbole, pomimo swego konkretnego charakteru jako bodźce, budzące wrażenie słuchowe, należą już w zasadzie do świata abstrakcyj, stojących blisko lub bardzo daleko od konkretnego świata przedmiotowego; fonetyczne znaki pisarskie, których znajomość powstaje — w warunkach normalnych — dopiero za pośrednictwem już dokonanej znajomości dźwiękowych symbolów mowy, stoją z natury rzeczy jeszcze dalej od zmysłowego świata przedmiotów, aniżeli dźwiękowe symbole mowy, a więc wymagają wyższego stopnia rozwoju psychicznego. Świat przedmiotowy i świat symbolów mowy wykazują odrębność tak daleko idącą, że mają w korze mózgowej swoją odrębną lokalizację topogenną, a A. G. Iwanow-Smolenskij[1]), poświęcający się specjalnie badaniu odruchów warunkowych u dzieci, stwierdza istnienie wśród dzieci normalnych różnych typów, pomiędzy któremi wyróżnia także „typ werbalny", dzieci reagujących prawidłowo na wyrazowe bodźce, zarówno pobudzające, jak i hamujące, ale wykazujących znacznie gorsze korowe przyswajanie wrażeń, jeżeli sygnalizacja wyrazowa zostaje zamieniona na bodźce bezpośrednie, konkretne; — i przeciwnie, inne dzieci, „typu ejdetycznego", łatwiej wchłaniają sygnalizację warunkową konkre-

[1]) Eksperimentalnoje izsledowanje wysszej diejatielności rebionka. Fizjologiczeskij Żurnał 1935 (XV Międzyn. Kongres Fizjologji).

tną, aniżeli wyrazową. A ponieważ określenie „korowych przyswajań" i „wchłaniań" ma tu na celu uniknięcie pojęcia „pamięci biologicznej", o której szkoła Pawłowa niechętnie mówi, a która, według nas, jest podstawą rozwoju i zjawisk psychofizjologicznych, więc możemy powiedzieć, że wybiórczy mechanizm zapamiętywania występuje u dzieci, według badań Iwanowa-Smolenskiego, pod dwiema postaciami, mianowicie pamięci werbalnej i pamięci ejdetycznej.

Mowa w wysokim stopniu ułatwia ewolucję psychiki, mianowicie nietylko rozwój poznania, ale i uczuciowości; bo jeżeli ewolucja psychiki jest zawsze ewolucją zespołów poznawczo-uczuciowych, to symbole mowy, wśród których są wszelkie możliwe gradacje ich treści od tego, co jest najbardziej proste i zmysłowe, do tego, co jest najbardziej złożone i oderwane, jeżeli budzą dostateczne zainteresowanie, mogą stwarzać i w warunkach normalnych stwarzają nowe zespoły poznawczo-uczuciowe, a więc nowe siły dynamiczne psychiki, nowe tendencje o nowych celach, coraz bardziej odbiegających od celów chwili bieżącej, i obejmujących coraz dalszą przyszłość.

Stopień władania mową ustną i pisaną przez oligofreników zależy zatem — jak wogóle cały zakres ich poznania — od stopnia rozwoju ich tendencyj uczuciowych; tej równoległości rozwojowej można się dopatrywać nawet w tych trzech okresach rozwoju mowy, które wyróżnia E. Meumann[1]): okres emocjonalno-popędowy, okres kojarzeniowo-reprodukcyjny i wreszcie okres logiczno-rozumowy.

Angielski probierz, na którym się opiera klasyczny podział oligofreników, słusznie nazwany jest probierzem społecznym, gdyż mówi o stopniu społeczno-życiowej, praktycznej zaradności oligofrenika. Ale ta zaradność jest oczywiście zależna w zupełności, bez reszty, od jego właściwości psychicznych i daje się do nich sprowadzić. Więc idjota nie umie się ustrzec przed najprostszem niebezpieczeństwem materjalnem dlatego, że nie umie przewidzieć nawet bezpośrednich, najbliższych jego skutków; jest pod względem zdolności przewidywania tak bezsilny i bezbronny, jak noworodek, i z tych samych przyczyn: nie posiada odpowiednich nabytych zespołów poznawczo-uczuciowych, któreby hamowały jego popędy wrodzone; jest istotą instynktową, monotendencyjną, reagującą zawsze zupełnie bezpośrednio, bez namysłu

[1]) Cyt. przez Sante de Sanctis. Neuropsichiatria infantile. Roma. 1925.

i zastanowienia, do których jest niezdolną. Głuptak, dzięki nabytemu doświadczeniu własnemu lub dzięki należytemu zrozumieniu i odczuciu dawanych mu w tym kierunku przestróg, już umie wystrzegać się niebezpieczeństw materjalnych, ale jest niezdolny do zaspakajania swych potrzeb, które wymaga takiej inicjatywy, takiego wielostronnego ujmowania całokształtu każdorazowej sytuacji, takiej możliwości przewidywania skutków postępowania, które są możliwe tylko przy dostatecznym rozwoju pojemności czynnościowej psychiki i dostatecznej trwałości uwagi i tendencyj uczuciowych intelektualizowanych, do których głuptak nie dorasta w swoim rozwoju uczuciowym nawet w tych przypadkach, w których zakres jego poznania wystarcza, aby był pożytecznym pracownikiem fizycznym w zakładzie leczniczym, w którym robi wszystko, co mu zostaje zlecone. U debila życie uczuciowe ulega ewolucji do tego stopnia, że w warunkach pomyślnych jego inicjatywa, wytrwałość w pracy, zdolność przewidywania skutków jego postępowania, krytycyzm, wystarczają do zdobywania sobie utrzymania, ale nie wystarczają w konkurencji życiowej z osobnikami normalnymi i do rozsądnego kierowania sobą i swojemi sprawami w warunkach trudniejszych.

Minęły już czasy, kiedy przy omawianiu braków intelektualnych w oligofrenji podkreślano szczególniej silnie podstawowe znaczenie zaburzeń pamięci. Bleuler wprost przeczy, aby oligofrenicy naogół mieli złą pamięć. Pamięć ich przeciętnie jest normalną, a co dziwniejsze, w niektórych przypadkach nawet w stopniu, który możnaby już nazwać fenomenalnym. W tych ostatnich przypadkach jest to zawsze pamięć o charakterze wybitnie jednostronnym: pamięć kształtów, barw, dźwięków i melodyj, cyfr, dat, nazwisk itp.; wśród głuptaków znane są fenomeny rachunkowe, a Bleuler wspomina o takim, który po jednorazowem wysłuchaniu kazania mógł je powtórzyć dosłownie i z dobrem naśladownictwem intonacji głosu, chociaż treści tego kazania nie rozumiał. Jeżeli przypomnimy sobie to, co mówiliśmy o wybiórczym mechaniźmie zapamiętywania wogóle, to wybitne zdolności mnemiczne niektórych oligofreników są dla nas zupełnie zrozumiałe: jak wszędzie, tak i tutaj, są one wyrazem wybitnego zainteresowania i pracy uwagi, które działają w pewnym jednostronnym kierunku i przez ćwiczenie doprowadzają niekiedy do wyników fenomenalnych, chociaż pozatem zakres zainteresowań jest tak szczupły, że i zakres poznania pozostaje w granicach niedorozwoju oligofrenicznego. Ale oczywiście jest rzeczą nietylko możliwą, ale i bardzo praw-

dopodobną, że jakieś jednostronne większe zainteresowanie się oligofreników bodźcami wzrokowemi lub słuchowemi, natury wyrazowej lub „bezpośredniej", używając tu określenia Iwanowa-Smoleńskiego, może wynikać z indywidualnych różnic w strukturze korowej, powodujących większą sprawność osobnika w tej lub innej dziedzinie zmysłowej.

Jeżeli zaburzenia pamięci same przez się nie mogą w żaden sposób wytłumaczyć powstawania oligofrenij i, jeżeli odrzucimy rozwijany tu pogląd dynamiczny, to zachodzi pytanie, jakie może być inne tłumaczenie genezy tych niedorozwojów? Dzisiejsza psychjatrja jest tak daleka od dynamicznego ujmowawania zaburzeń psychicznych, że nawet Bleuler, który uważa uwagę za przejaw afektywności i który jest ewolucjonistą i mnemistą — ale nie uznającym energetycznego charakteru pamięci biologicznej, — podkreśla silnie, że w oligofrenji „afektywność bynajmniej nie musi wykazywać zaburzenia", a jeśli są jej uchylenia od normy, to „nie mają nic typowego dla głuptactwa". Oczywiście w naszem ujęciu zaburzenia afektywności oligofreników muszą być bardzo typowemi, skoro są przyczyną braków intelektualnych tak typowych, że służą za podstawę klasycznego ich podziału, — mianowicie te zaburzenia afektywności polegają na niedorozwoju w różnym stopniu zainteresowania dla świata abstrakcyj, albo nawet dla przedmiotowego świata szczególniej wrażeń wzrokowych i słuchowych; im większy jest brak tego zainteresowania[1]), tem dalej posunięta jest niemożność wybiórczego różniczkowania bądź tylko pojęć oderwanych, bądź też nawet wrażeń zmysłowych, niemożność zdobycia się na tę pracę uwagi, która dla tych nabytków jest konieczna; — stąd w najcięższych postaciach oligofrenji świat zainteresowań i myślenia wskutek niedorozwoju życia uczuciowego ogranicza się do poznania i różniczkowania tylko tych bodźców, które stoją w najbliższym związku z popędami instynktowemi osobnika, — a nawet w najlżejszych postaciach świat pojęć, dalej już oderwanych od rzeczywistości zmysłowej, staje się dla osobnika zasadniczo niedostępnym.

Bleuler ma zupełną słuszność, gdy twierdzi, że wogóle afekty same przez się, np. uczucie cielesnego błogostanu albo gniew, są — o ile możemy sądzić z obserwacji — tem samem

[1]) Sante de Sanctis (l. c.) silnie podkreśla, że niema żadnej równoległości pomiędzy stopniem braków w zakresie zmysłów a stopniem niedorozwoju umysłowego.

u genjusza, u idjoty, i u zwierzęcia. Ale z tego bynajmniej nie wynika, że całe życie uczuciowe wogóle jest u tych istot jednakowe; przecież zwykła obserwacja ewolucji psychicznej dziecka normalnego, a zresztą i oligofrenicznego także, — stwierdza zawsze, że rozwój psychiczny polega na rozwoju i mnożeniu się różnorodnych zainteresowań, bez których niema nabytków gnostycznych, na ewolucji życia uczuciowego od instynktowej monowalencji (albo klisis, albo ekklisis), poprzez ambiwalencję (i klisis i ekklisis równocześnie, stąd ich modyfikacja) „warstwy" psychicznej drugiej, aż do pluriwalencji „warstwy" poznawczej normalnego człowieka dojrzałego, w której, oprócz elementarnych zainteresowań natury popędowej, wywołujących klisis i ekklisis, przejawia się szereg zainteresowań nowych, które są związane ze światem abstrakcyj („ideały" naukowe, moralne, społeczne, religijne) i które właśnie wskutek swojej wielkiej ewolucyjnej odległości od świata popędów stają się — używając w tem zastosowaniu wyrażenia Sherringtona[1]) — „jakgdyby nową rzeczą, w świecie, która więcej inicjuje i cenzuruje". Świat tych ideałów własnych, mających siłę dynamiczną, nie może powstać, jeżeli niema zainteresowania dla nich w szczególności, a wogóle dla pojęć oderwanych. A ponieważ świat tych ideałów nie zmienia się tak łatwo, jak przedmioty krótkotrwałych zainteresowań dziecka, więc rozwój uczuciowości jest — według wyrażenia Bleulera — „przekształcaniem się dziecięcej chwiejności uczuć, przelotności dążeń, w stalsze uczucia i w wolę o pewnie wytkniętym celu człowieka dorosłego". Cele człowieka dorosłego sięgają w daleką przyszłość, dziecko i oligofrenik są albo istotami chwili bieżącej, albo w najlepszym razie mogą sięgać myślą w przyszłość bardzo niedaleką. Bleuler bardzo słusznie podkreśla nietylko większą stałość uczuć dorosłego człowieka, ale także i większą pojemność ich uwagi, gdy twierdzi, że oligofrenik niema zdolności tworzenia dostatecznej ilości wiązań kojarzeniowych i „co jest czemś nieco innem — uświadamiania sobie ich wszystkich równocześnie w jednym momencie".

Bleuler tłumaczy oligofrenje brakiem związków kojarzeniowych, ponieważ i sam rozwój intelektualny tłumaczy również w sposób kojarzeniowy: „rozwój wiązań kojarzeniowych waha się wśród najszerszych granic, — możemy powiedzieć, od

[1]) The Brain and its Mechanism. 1934.

zwierzęcia i idjoty aż do genjusza, bo inteligencja zależy głównie od ilości możliwych wiązań". Tu tkwi podstawowa różnica naszych zapatrywań w stosunku do Bleulera, który w innem miejscu mówi: „Rozumie się samo przez się, że mała inteligencja caeteris paribus może opanowywać popędy i nastroje uczuciowe tylko w sposób niedostateczny". Naszem zdaniem, największą ilość wiązań kojarzeniowych daje współczesny zespół doznawań, czyli chronogenny mechanizm zapamiętywania, ponieważ tu wszystko się wiąże ze wszystkiem. Ale pewien utrwalony ład i porządek, pewną hierarchję doznawań, wprowadza w tym chaosie możliwości wiązania wszystkiego ze wszystkiem dopiero dynamiczna siła uwagi i zainteresowania, na wszystkich poziomach rozwoju psychicznego, począwszy od popędów instynktowych a kończąc na uczuciach najbardziej sublimowanych czyli najbardziej oderwanych od instynktu. W obu poglądach różnica tych zapatrywań wypływa jako konsekwencja odmiennego ujęcia engrafji, która, według Bleulera, nie ma charakteru energetycznego, natomiast, według nas, jest owszem zjawiskiem energetycznem, przyczem doznawania uczuciowe, według nas, ulegają tak samo engrafji, jak doznawania natury poznawczej, chociaż z różnic właściwości strukturalnych, a przedewszystkiem fizjologicznych tkanki nerwowej wegetatywnej z jednej strony, i ośrodków mnemicznych zmysłowych z drugiej strony, wynikają oczywiście bardzo duże różnice pomiędzy właściwościami energetyczno-dynamicznemi engrafji afektywnej i engrafji gnostycznej, — w zakresie zarówno instynktowych mechanizmów podkorowych jak i psychicznego narządu kory mózgowej; układ wegetatywny jest głównym sternikiem i kontrolerem wszelkich funkcyj cielesnych tak samo, jak życie uczuciowe jest sternikiem i kontrolerem życia instynktowego i psychicznego. Praca inteligencji jest pracą wysiłku tych postaci uwagi i zainteresowania, które stoją na szczytowym poziomie rozwoju, ciągłości i pojemności; strona poznawcza inteligencji nie wywiera i nie może wywierać żadnego wpływu hamującego na popędy i nastroje uczuciowe, jeżeli z tą stroną poznawczą nie wiążą się dostatecznie silne uczucia, przeciwstawne popędowości.

II. NIEDOROZWÓJ MORALNY. Podział niedorozwojów na intelektualne i moralne odpowiada w zupełności doświadczeniu klinicznemu, które stwierdza, że w oligofrenjach intelektualnych za-

chowanie się może być społeczne i dobrotliwe, natomiast w niedorozwojach moralnych inteligencja może być na poziomie zupełnie normalnym, a nawet może go przewyższać. Sądząc z tego podziału, rozwój uczuć moralnych i rozwój poznania bynajmniej nie idą równolegle, jakby można oczekiwać przy ewolucji zespołów poznawczo-uczuciowych; a to tem bardziej, że, jak słusznie powiada Bleuler, do znacznej większości oligofreników wytwarza się miły, dobrotliwy stosunek, jak rodziców do dzieci, ponieważ brak uczuć moralnych u oligofreników intelektualnych jest względnie rzadki, jeśli się zalicza do nich i te przypadki, które się nie dostają do rąk lekarza; przywiązanie, a nawet wdzięczność, są zupełnie zwykłemi ich cechami, chociaż są zlekka obniżone wskutek małej inteligencji i niemożności ogólnego ujęcia sytuacji. Rogues de Fursac podaje, że pewien głuptak, zajęty w chlewie zakładowym, płakał, gdy jeden z jego wychowanków zachorował.

Oczywiście, że obok takich typów łagodnych, uczuciowych i dających sobą kierować, istnieją różne inne charakterologiczne typy głuptaków, porywczych, gwałtownych, gniewliwych aż do napadów wściekłości, albo mrukliwych i opornych, albo wykazujących tendencje niszczycielskie, sadystyczne, erotyczne, skłonności do podpalania. Rogues de Fursac słusznie stąd wnioskuje, że taka psycho-społeczna charakterystyka głuptaka nie zależy zatem od niedoboru intelektualnego, ale jest jego powikłaniem. Istotnie, niedobór intelektualny zależy od niedorozwoju zainteresowań poznawczych; brak tych zainteresowań, nie może zatem decydować o takiem lub innem pozytywnem ustosunkowaniu się oligofrenika do świata zewnętrznego, o którem zawsze stanowią istniejące jego nastawienia uczuciowe dodatnie lub ujemne.

Możemy powiedzieć zatem ogólnie: zarówno niedorozwój intelektualny, jak i stopień normalnej inteligencji, są niezależne od temperamentu i od cech charakterologicznych wogóle, a w szczególności od tych cech charakteru, które stanowią o mniej lub więcej „moralnem", „uspołecznionem" postępowaniu człowieka; zależy tylko od jednej, poniekąd swoistej cechy charakterologicznej, mianowicie od stopnia rozwoju zainteresowania się poznaniem świata zewnętrznego i świata abstrakcyj, bez względu na to, z jakich źródeł niższego rzędu wypływa to zainteresowanie.

Ten stan faktyczny, tak jaskrawo przeciwstawiający poznanie moralności, uspołecznieniu, charakterowi, tylko pozornie przemawia za słusznością przeciwstawiania przyczynowo-logicznego myślenia, jako procesu zupełnie przedmiotowego i bezuczuciowego, myśleniu archaicznemu, uczuciowemu. Bo teorja warstw lokalizuje w warstwie trzeciej nietylko myślenie przyczynowo-logiczne, (narzędzie, doprowadzające do ideału poznania), ale i „ideały", wpajane osobnikowi przez społeczeństwo, ideały etyczne, społeczne, religijne, poznawcze itd. Etyka, socjologja, religja, są naukami, wykładanemi w szkołach i uzasadnianemi przez największe wysiłki myślenia przyczynowo-logicznego. Stąd jest rzeczą jasną, że dziecko normalne do pewnego wieku, albo oligofrenik, niezdolny do takiego myślenia, nie może być moralnym albo niemoralnym, społecznym albo niespołecznym, religijnym albo niereligijnym.

Jeżeli się zatem kiedyś mówiło o moral insanity, a dzisiaj mówi się o głuptactwie moralnem, o niedorozwoju moralnym, albo o moralności oligofreników, to jest rzeczą jasną, że ta nazwa jest tutaj używana zupełnie niewłaściwie, gdyż może być stosowana tylko do ludzi w tym wieku i w tym stopniu rozwoju, w którym uczucia i pojęcia moralne mogły się już rozwinąć, na którym musi działać pełnia świadomości, woli, myślenia przyczynowo-logicznego itd., których właśnie u dzieci i oligofreników niema.

Kliniczny fakt istnienia obok niedorozwoju intelektualnego także niedorozwoju zwanego moralnym musi mieć zatem jakieś inne swoje podstawy, tkwiące oczywiście nie w strukturze najwyższych szczebli rozwojowych psychiki, ale przeciwnie w strukturze najniższych jej szczebli. Świadczy o tem fakt kliniczny, że nawet wśród idjotów możemy już odróżniać typy charakterologicznie dobrotliwe, łagodne, podatne do kierownictwa, od typów niszczycielskich, złośliwych, gwałtownych, niebezpiecznych, wogóle „niemoralnych" i „niespołecznych", i od wszelkiego rodzaju typów przejściowych i mieszanych. Typy charakterologiczne idjotów są oczywiście prymitywne, ale w zasadzie tak samo różnorodne, jak wśród ludzi intelektualnie zupełnie normalnych.

Nie może więc ulegać wątpliwości, że właściwej przyczyny różnorodności charakterologicznej wśród oligofreników i ludzi zdrowych należy szukać w dziedziczonych cechach instynktu, a mianowicie nie w tych jego cechach, które są gatunkowe i powszechne, ale w tych, które zaliczyliśmy poprzednio do cech d z i e-

dziczno-rodzinnych, a więc w syntonji i schizotymji, a szczególniej w elementarnem nastawieniu uczucia bezpośredniego współdźwięczenia ze światem zewnętrzym lub, w braku tego nastawienia, „kryerotymji“ — według określenia Łuniewskiego[1]).

P. Janet słusznie podkreśla, że tendencje, które tworzą psychikę, nie zostają ukształtowane w tym samym czasie, gdyż jedne powstają daleko później niż inne: istnieją w nas stare tendencje, które stwierdzamy u pierwszych zwierząt, jak tendencje do różnych reakcyj ustrojowych, do gwałtownych ruchów kończyn, do ucieczki z przerażeniem, do brutalnych napaści; — i tendencje rozwojowo późniejsze (osobnicze, społeczne), łatwiej w chorobach psychicznych ulegające zanikowi; do najświeższych nabytków w zakresie charakterologicznym Janet słusznie zalicza zdolność do przekształcania swych tendencyj nie przez nawyk, ale przez małą ilość doświadczeń[2]), którym się przypisuje wielkie znaczenie; zdolność ta jest niejednakowa u różnych ludzi i bardzo łatwo zanika.

Uczuciowo-rozumowe ustosunkowanie się człowieka do świata zewnętrznego i do innych ludzi jest istotnie nabytkiem najświeższym, w dużym stopniu zależnym od wychowania i środowiska, jeżeli istnieje u danego osobnika zdolność przekształcania swoich tendencyj na podstawie doświadczeń innych ludzi; ale ta zdolność może istnieć tylko u tych jednostek, u których syntoniczny element współdźwięczenia uczuciowego zostaje odziedziczony w dostatecznem nasileniu; jeśli tego elementu w dostatecznem nasileniu niema, wychowanie i środowisko okazują zupełną bezsilność, jak to widzimy właśnie w tych wyjątkowych przypadkach, które są zaliczane do „niedorozwojów moralnych“. Ściśle mówiąc, przypadki te należałoby zaliczać raczej do anomalij wrodzonych syntonji, ograniczając nazwę „niedorozwoju moralnego“ raczej do tych tylko przypadków, w których element syntoniczny początkowo u dziecka istniał, i uległ zanikowi lub zahamowaniu dopiero w swym dalszym rozwoju np. wskutek jakiejś ostrej choroby zakaźnej, — zapewne zresztą również wskutek wrodzonej swojej słabości. Przyłączamy

[1]) Uczucia moralne i znaczenie samoistnego ich braku w patologji psychiki ludzkiej. Rocznik Psychjatr. 1932.

[2]) Możnaby tu dodać: szczególniej przekształcania swych tendencyj na podstawie doświadczeń cudzych, a nie własnych, a więc na podstawie syntonji.

się tu zatem do poglądu tych psychjatrów, którzy tak zwany niedorozwój moralny zaliczają do kategorji anomalij instynktu. Brak elementarnego, bezpośredniego współdźwięczenia syntonicznego, występujący w sposób izolowany, nie przeszkadza rozumieniu treści ideałów moralnych i społecznych, wpajanych jednostce przez środowisko, ale uniemożliwia nabycie ich zabarwienia uczuciowego; „ideał" taki jest cudzym, a nie własnym, ma charakter czysto poznawczy, ale nie ma żadnej siły dynamicznej, bez względu na poziom wiedzy osobnika i jego inteligencji, które mogą być narzędziem tendencyj zarówno najszczytniejszych, jak i najniższych. W tych stosunkach tkwi przyczyna dysproporcji, dającej się łatwo spostrzegać w historji ludzkości pomiędzy wielkim i szybkim rozwojem poznania z jednej strony, a względnie znacznie słabszym i powolniejszym rozwojem syntonicznego współdźwięczenia z drugiej strony; do rozwoju poznania prowadzi osobnicze kształcenie się, możliwe przy zainteresowaniu, wywołanem przez różne tendencje, zaś rozwój uczuć moralnych zależny jest w dużym stopniu[1]) od nastawienia wrodzonego, przekazywanego z pokolenia w pokolenie; tutaj zatem konieczne są dla postępu ludzkości wysiłki natury nietylko wychowawczej, ale i eugenicznej, mogącej wpłynąć na czynności nietylko kory mózgowej, ale i na nastawienia mechanizmów podkorowych. Ludzkość powinna więcej cenić wartości moralne, niż intelektualne, i dzisiaj często grzeszy pod tym względem, właśnie wskutek braku zrozumienia, że poznanie jest biernem narzędziem różnych sił psychicznych, może służyć różnym tendencjom do różnych ich celów końcowych, i że najważniejszą rzeczą w stosunkach międzyludzkich wogóle jest właściwy układ, właściwa hierarchja sił psychiczno-dynamicznych, w której szczytowe miejsce należy się poczuciu moralnemu, rozwijającemu się ze współdźwięczenia syntonicznego, bezpośredniego, instynktowego.

Tendencja poznawcza jest filo- i ontogenicznie zjawiskiem nieporównanie starszem, niż tendencje moralne, gdyż — jak widzieliśmy — poznanie jest koniecznym warunkiem już wszelkich reakcyj instynktowych, które występują przy działaniu bodźca z odległości, i przy których niema żadnej mowy o jakichkolwiek ten-

[1]) Sante de Sanctis (l. c.) twierdzi, że przestępczość dzieci (nie młodzieży) jest prawie w całości natury patologicznej, — zaniedbanie moralne i przyczyny społeczne (rodzinne) wchodzą tu w grę zawsze tylko w małym stopniu. — Tanzi i Lugaro mówią o „niemoralności konstytucjonalnej".

dencjach moralnych. Wyraźne współdźwięczenie syntoniczne jest zatem najświeższym nabytkiem fiologenetycznym, stwierdzanym dopiero u człowieka jako cecha dziedziczno-rodzinna; stąd wynika, że w patologji szkodliwości, działające na plazmę rozrodczą, łatwiej powodują uszkodzenie tego nabytku filogenetycznie nowego, niż starych, gatunkowo powszechnych tendencyj instynktowych, podobnie jak szkodliwości, działające na korę mózgową, łatwiej uszkadzają spośród dynamizmów korowych te, które są ewolucyjnie nowsze, niż te, które są ewolucyjnie starsze. Możnaby tu zarzucić, że rozwojowo stara tendencja poznawcza, stwierdzana już w reakcjach instynktowych zwierząt niższych, zawodzi jednak — wbrew powyższemu twierdzeniu — aż nazbyt często w oligofrenjach intelektualnych. Przestaniemy się jednak temu dziwić, jeśli sobie uświadomimy dokładnie, że u człowieka stosunki te, wskutek wędrówki czynności ku przodowi, przedstawiają się w sposób zupełnie swoisty: nastawienie uczuciowe syntoniczne człowiek dziedziczy, a w życiu osobniczem przekształca, natomiast poznanie w całości nabywa w swojem życiu osobniczem dopiero i nabywa w miarę rozwoju swoich zainteresowań. Otóż, jak słusznie twierdzi Janet, przekształcanie swoich tendencyj nie przez nawyk, ale przez małą ilość doświadczeń (dodajmy: szczególniej doświadczeń cudzych), należy do nabytków ewolucyjnie najświeższych, a więc również łatwo ulegających w patologji zanikowi lub niedorozwojowi; a niemożność przekształcania — a więc ewolucji — tendencyj równa się pozostawaniu na poziomie tendencyj rozwojowo niższych, który cechuje oligofreników. Niedorozwoje, zarówno intelektualne, jak „moralne“, są zatem klinicznym przejawem niedomogi dynamizmów psychicznych, umożliwiających w warunkach normalnych przekształcanie się niższych postaci tendencyj uczuciowych, w rozwojowo wyższe[1]).

[1]) Sante de Sanctis (l. c.) podkreśla częstość „hypalgezji rozlanej powłok skórnych nietylko w ciężkich przypadkach niedorozwojów intelektualnych, ale także w lżejszych a również w niedorozwojach moralnych, wykazujących normalną inteligencję. Sante de Sanctis mówi tu o równoległości tej hypalgezji kryminalistów do analgezji psychicznej (Penninghaus, Penta), czyli do obojętności na ból innych ludzi. — Zdaje się jednak, że trudno jest tu mówić o związku przyczynowym, gdyż nierzadkie są przypadki, w których przy wielkiej wrażliwości na ból własny można stwierdzić jednak małą wrażliwość na cudzy.

S y n t o n j a u c z u c i o w a w swojej elementarnej, instynktowej postaci j e s t m o ż e „n a j c z y s t s z e m" u c z u c i e m, pierwotnie pozbawionem właściwie tendencji i ściśle określonego celu, (które dopiero później się zjawiają, przy intelektualizacji uczucia syntonicznego), — w przeciwstawieniu do wszelkich innych uczuć protopatycznych, bólu, głodu itd., które są zawsze równocześnie popędami, dążącemi do usunięcia przykrości lub zdobycia pożądanego przedmiotu; p o p ę d y u c z u c i o w o ś c i p r o t o p a t y c z n e j są zatem z natury rzeczy, nawet u noworodka ludzkiego, nie posiadającego prawie żadnej gnozji instynktowej, bardziej związane z jakimś celem, aniżeli uczucie współdźwięczenia syntonicznego, w i ę c g r a j ą n i e p o r ó w n a n i e w i ę k s z ą — m o ż e w y ł ą c z n ą — r o l ę w a k c j i e l e m e n t a r n e g o p o z n a w a n i a ś w i a t a z e w n ę t r z n e g o. Stąd jest zrozumiałem, że n i e d o r o z w ó j i n t e l e k t u a l n y i n i e d o r o z w ó j m o r a l n y mogą nietylko współistnieć w tym samym przypadku, ale także istnieć niezależnie od siebie, w z a l e ż n o ś c i o d n i e d o m o g i b ą d ź w z a k r e s i e u c z u c i o w o ś c i p r o t o p a t y c z n e j, b ą d ź t e ż w z a k r e s i e n a s t a w i e n i a s y n t o n i c z n e g o.

Wszystkie te dziedziczone nastawienia uczuciowe wykazują w poszczególnych przypadkach duże różnice natury indywidualnej już u dzieci normalnych, a jeszcze większe w oligofrenjach. Jeżeli te nastawienia instynktu będziemy uważać — zgodnie z poglądem H e r i n g a — za biologiczną pamięć dziedziczoną, to można przypuszczać, że mamy tutaj do czynienia z zasadniczą analogją do fizjologicznych mechanizmów, do których doprowadza pamięć osobnicza, tworząca nabyte nastawienia w korze mózgowej i w aparacie nerwowo-mięśniowym, i które polegają na izochronizmie dróg, wchodzących w zakres pewnej fizjologicznej jedności czynnościowej. Podstawowa różnica polegałaby na tem, że izochronizm tych dróg przy reakcjach instynktowych byłby izochronizmem dziedziczonym, konstytucjonalnym, zaś przy reakcjach nabytych byłby izochronizmem nabytym, subordynacyjnym. Ale z punktu widzenia energetycznego w obu przypadkach polegałby na tem samem zjawisku wzmożonej pobudliwości dróg utorowanych, t. j. na większym zasobie ich energji utajonej w porównaniu do dróg nieutorowanych. Słuszność tego poglądu znalazła w ostatnich czasach silne poparcie ze strony doświadczalnej, mianowicie na zeszłorocznym XV Międzynarodowym Kongresie Fizjologów w Moskwie i Le-

ningradzie Lapicque[1]) mógł już powiedzieć w sposób kategoryczny: „Znamy nawet mechanizm fizyko-chemiczny, za pośrednictwem którego powstaje zmniejszenie się chronaksji, które jest najczęstszą postacią subordynacji u kręgowców: jest to zwiększenie dodatniego ładunku elektrycznego (Monnier et Jesper 1932)". Nasz energetyczny pogląd na pamięć biologiczną, przeciwstawny poglądowi Bleulera, zdaje się zatem znajdować tutaj potwierdzenie eksperymentalne, tylko należy przyjąć, że podkorowe mechanizmy natury instynktowej posiadają zwiększony dodatni ładunek elektryczny już dzięki swojej wyjątkowej, odziedziczonej konstytucji izochronicznej, podczas gdy kora mózgowa i drogi bezpośrednio od niej zależne muszą go dopiero nabywać w życiu osobniczem organizmu, pod wpływem czynności.

Ze względu na rolę uwagi, i rolę odruchów warunkowych, którą przypisywaliśmy tutaj w ewolucji początków psychiki, niezmiernie ciekawe są wyniki jeszcze nowszych badań eksperymentalnych (1934 i 1935) Drabowitcha i małż. Chauchards, o których w tym samym odczycie mówi Lapicque: „Pies, przyuczony do podnoszenia łapy w 3 sekundy po dzwonku elektrycznym, wykazuje w czasie oczekiwania systematyczne zmiany różnych chronaksyj zarówno w tej kończynie, jak i w innych (Drabowitch et les Chauchards). Tutaj jednoczymy nerwowy mechanizm uwagi i dziedzinę psychofizjologji".

W świetle tych nowych badań z zakresu chronaksji wolno jest przypuszczać, że klinicznym objawom niedomogi reakcyj instynktowych w ciężkich oligofrenjach na bodźce smakowe, węchowe i bólowe w przypadkach, w których narządy zmysłowe i drogi projekcyjne funkcjonują prawidłowo, fizjologicznie odpowiada brak dostatecznego izochronizmu (utorowania dróg), istniejący wskutek wrodzonej niedostatecznej pobudliwości ośrodkowego (afektywno-wegetatywnego) człona danego łuku odruchowego, tj. wskutek wrodzonej niedostateczności dodatniego ładunku elektrycznego tego człona; — stąd wynikające upośledzenie odczuwania swoistych, zróżniczkowanych wrażeń smakowych lub węchowych oczywiście może być zupełnie niezależnem od prawidłowej albo ewentualnie nawet wzmożonej czynności ośrodka głodu, działającego pod

[1]) Ewolucja współczesnej wiedzy o układzie nerwowym. Fizjołogiczeskij Żurnał. 1935.

wpływem bodźców nie zewnętrznych, ale ustrojowych. Wszystko to zdaje się pozostawać w należytej zgodności z tym ogólnym planem budowy i czynności układu nerwowego na różnych poziomach jego osi mózgowo-rdzeniowej, który był omówiony przez nas w „integracjach nerwowych“.

DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE ET ARRET.

JAN MAZURKIEWICZ.

Dans ses travaux précédents, l'auteur qui y envisage les fonctions psychiques du point de vue mnésique, a insisté sur ce fait que, au cours du développement psychique, les nouvelles acquisitions gnosiques n'ont lieu qu'à la suite de l'activité des tendances affectives; un nourrisson ne s'intéresse qu'aux stimuli qui éveillent ses tendances protopathiques; les réflexes conditionnels ne s'établissent chez lui, qu'à la suite de l'irradiation du facteur affectif d'une tendance instinctive, qui transforme l'excitant d'abord indifférent en excitant agréable ou désagréable. De même les acquisitions gnosiques abstraites n'ont lieu que dans le cas de l'évolution normale de la vie affective, c'est-à-dire de l'apparition de nouvelles tendances, hiérarchiquement et évolutivement plus hautes que les tendances instinctives, innées; cette évolution prouve qu'il existe non seulement une mémoire pour les acquisitions gnosiques, mais aussi une mémoire affective. Ce développement psychique est dû au développement de l'activité corticale, parce que c'est l'écorce cérébrale qui est chez l'homme l'unique appareil destiné aux acquisitions mmésiques individuelles; dans les conditions normales, la capacité fonctionnelle de l'esprit, et par suite, celle de l'écorce cérébrale, augmente au cours du développement psychique et somatique: l'unitendance et l'univalence du nouveau-né se transforment plus tard en ambitendance et ambivalence, où deux tendances opposées peuvent agir simultanément; et chez l'adulte, même plusieurs tendances peuvent être mises en action en même temps. Le moi instinctif, le moi personnel et le moi social représentent les trois stades du développement, dont le moi social est évolutivement et hiérarchiquement le plus haut degré, et par suite, le plus fragile, le plus vulnérable, lorsqu'agit un facteur pathologique ou un facteur qui inhibe, par exemple facteur hypnogène. Ces trois côtés du moi représentent, du point de vue mnésique, les trois groupes de tendances affectives, à savoir les tendances instinctives, personnelles et sociales. Celles-ci doivent avoir leurs correlats physiologiques dans les excitations neurodynamiques de plus en plus complexes; c'est pourquoi l'in-

hibition du moi social amène, suivant la loi de Jackson, la libération de l'activité des tendances plus élémentaires. En tout cas, il n'existe pas d'états de conscience, dans lesquels une sensation, une image, ou un sentiment quelconque puissent apparaître d'une façon isolée; il n'existe pas d'„éléments psychiques" isolés, exception faite pour les „unités fonctionnelles simultanées" d'ordre psychique, dont la succession correspond au „steam of thaught" de James, et qui ont leur corrélat dans les unités fonctionnelles simultanées d'ordre neurodynamique ainsi que dans leur succession.

Tout d'abord, la division classique des cas d' arrêt de développement psychique en dégénérés inférieurs, dont l'intelligence dénote un déficit à un degrè plus ou moins élevé, et en dégénérés supérieurs, dont le déficit concerne le sens moral, semble s'opposer nettement à l'opinion de l'auteur, émise plus haut, puisque ni l'arrêt du développement intellectuel ne s'accompagne nécessairement toujours de déficit moral, ni celui-ci ne s'accompagne d'une façon obligatoire de déficience intellectuelle. Mais, en réalité, ce fait clinique bien confirmé s'accorde fort bien avec les oppinions de l'auteur, si l'on tient compte de la diversité des tendances innées chez l'homme qui hérite, d'un côté, les différentes tendances instinctives dans le sens restreint de ce mot, à savoir les réactions universelles de l'espèce, determinées par la faim, la douleur, le froid etc., et de l'autre côté, les traits du caractère, qui ont été globalement décrits par Kretschmer comme traits syntoniques et schizothymiques, et qui, dans leurs manifestations extrêmes, n'ont pas un caractère universel, mais plutôt hérédo-familial.

A première vue il parait, qu'il ne peut y avoir aucune correlation intime entre les tendances instinctives universelles, d'un côté, et les traits du caractère syntoniques et schizothymiques, d'ordre hérédofamilial, de l'autre, bien que les deux catégories soient innées. Or, d'après l'auteur, l'arrêt du développement moral, dit l'idiotie morale, est une manifestation extrême du manque inné de l'élément syntonique, tandis que la connaisance primitive du monde extérieur, les acquisitions gnosiques élémentaires, sont dues à l'action des tendances instinctives, comme le prouvent les réflexes conditionnels de Pawłow. C'est pourquoi l'attention, fonction de toutes les tendances affectives, est toujours profondément troublée dans l'arrêt du développement intellectuel, ou même fait défaut dans les cas d'idiotie les plus graves. C'est pourquoi aussi il

y a des imbéciles qui, malgrè leur deficience intellectuelle, peuvent parfois avoir une mémoire même exceptionnellement développée, mais concernant exclusivement les choses qui sollicitent leur intérêt et leur attention. Le développement normal de l'intelligence ne peut avoir lieu si les tendances protopathiques ne sont pas aptes à irradier leur charge affective sur les sensations visuelles et acoustique, et, par suite, à les rendre agréables ou désagréables, — et puis, si les acquisitions individuelles ne subissent aucune élaboration, ou subissent une élaboration insuffisante. Toutes ces fonctions semblent être indépendantes de l'existence ou de la non-existance de l'élément syntonique, d'où s'ensuit la possibilité de l'existance isolée de l'arrêt du développement intellectuel et de celui du développement moral.

ZE SZPITALA DLA PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYCH W CHOROSZCZY
ORAZ PRACOWNI NAUKOWEJ SZPITALA PAŃSTWOWEGO DLA CHORYCH PSYCHICZNIE
W TWORKACH.

WĄGRZYCA MÓZGU[1]

podali

WŁODZIMIERZ BERNASIEWICZ i ZYGMUNT MESSING.

Wśród szeregu schorzeń organicznych ośrodkowego układu nerwowego wągrzycę mózgu należy postawić na jednem z pierwszych miejsc pod względem trudności rozpoznawczych.

Nasz przypadek dotyczy chorej A. K., lat 34, katoliczki, wdowy, robotnicy, która przybyła do szpitala psychjatrycznego w Choroszczy dnia 16. XI. 1933 r.

W y w i a d: Od roku zaczęła mówić niedorzecznie, czasem robiła wrażenie nieprzytomnej, jednak mogła jeszcze pracować. Od 4-ch tygodni stan zdrowia zaczął się pogarszać, chora straciła pamięć, widywała „granatowe motylki", które starała się złapać, śmiała się bez powodu, nie mogła trafić do domu, gubiła przedmioty. Podobno miewała ataki: „robiło się jej słabo, padała na ziemię, miała kurcze i zanieczyszczała się", mówili, że to „nieprzytomna choroba". Dziedzicznie rzekomo nie obarczona, chorób wenerycznych nie przechodziła, alkoholu nie używała, kiedyś chorowała na tyfus.

S t a n c i e l e s n y: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie dostateczne. Skóra blada, wilgotna. Nos siodełkowaty. Czaszka prawidłowa, na opukiwanie nie bolesna. Źrenice: prawa nieco owalna i węższa, lewa okrągła; oddziaływanie źrenic na światło osłabione, na nastawienie — żywsze. Chora nie może policzyć palców z odległości metra. Obustronnie zanikowa tarcza zastoinowa. W zakresie innych nerwów czaszkowych brak zmian chorobowych. Odruchy ścięgniste i okostnowe kończyn górnych żywe. Brak odruchów brzusznych po stronie prawej. Prawy odruch kolanowy żywszy, odruchy ze ścięgien Achillesa zachowane, równe. Po stronie prawej zaznaczony objaw Babińskiego i Oppenheima. Rossolimo wyraźny. Objaw Romberga dodatni. Brak zaburzeń czucia. W czasie chodzenia chora czasem pociąga prawą stopą. Tętno miarowe, dobrze napięte i wypełnione.

[1]) Odczyt wygłoszony w Pol. Tow. Psychjatr. dnia 26 maja 1935 r.

Parcie krwi 104/74. Granice serca normalne, tony czyste. Nad prawym szczytem opuk skrócony, wydech wydłużony. W narządach jamy brzusznej brak zmian.

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wzmożone, odczyn Wassermanna ujemny, pleocytoza — 20/3, Pandy — ślad, Nonne-Apelt ujemny, odczyn Emanuela-Kafki wybitnie dodatni (rozcieńczenie 1:2 do 1:16).

Odczyn Wassermanna, Sachs-Witebskyego i Bauer-Hechta we krwi ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało zniszczenie siodełka tureckiego.

S t a n p s y c h i c z n y: Chora dość chętnie poddaje się badaniu, spełnia zlecenia, na pytania przeważnie odpowiada stereotypowo „nie wiem, nie pamiętam". Po wielokrotnem powtórzeniu pytania daje odpowiedź trafną. Czasem sama mówi dużo, bezładnie. Również wtedy kontakt z nią jest trudny. Swoje dane osobowe podaje prawidłowo. Twierdzi, iż zawsze była zdrową. Przed wojną (nie wie jaką) wyszła zamąż. Po 8 miesiącach mąż poszedł na wojnę i nie wrócił. Chora urodziła troje dzieci, żyje tylko pierwszy syn, który wychowuje się u ludzi, „bo tak mniejsza rozpusta". Następnie podaje, że choruje od niedawna, poprzednio miewała „kurcze, robiło się jej słabo i padała na ziemię"; od roku takich napadów nie ma, ale pamięć się popsuła, nie mogła trafić do domu, ludzie ją przyprowadzali. Skarży się na silne bóle i zawroty głowy. Chora nie orjentuje się w czasie, miejscu i otoczeniu. Pamięć wybitnie upośledzona, zwłaszcza w stosunku do świeżych wydarzeń: nie pamięta, co robiła przed godziną, co jadła, nie poznaje lekarzy, którzy ją badali; luki pamięciowe wypełnia konfabulacjami.

P r z e b i e g: W czasie pobytu w szpitalu zachowywała się zupełnie spokojnie, z otoczeniem kontaktu nie utrzymywała, stale leżała w łóżku, nie wypowiadała żadnych próśb; czasem skarżyła się na hałaśliwość otoczenia, twierdziła, że znajduje się w domu publicznym, utrzymywała, że widzi na sali swego syna i wzywała go do siebie.

W tym okresie nie zaobserwowano napadów o typie padaczkowym, natomiast często występowały silne bóle głowy, które nie ustępowały pod działaniem środków farmaceutycznych. Kilkakrotnie zauważano u chorej rozszerzanie się źrenic ad maximum z całkowitym brakiem oddziaływania na światło; stan taki

trwał od kilku do kilkunastu godzin. Spostrzegano również kilkuminutowe przyśpieszenie tętna z jednoczesnemi wypiekami na twarzy.

Wszystkie opisane objawy były niestałe.

Chora zmarła nagle dnia 11. XII. 1933 r.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Tumor cerebri in regione hypophysis.

Badanie pośmiertne. Opona twarda silnie napięta, barwy perłowo-różowej, gładka. Opona miękka gładka, barwy szaro-białej. Na podstawie mózgu, w bardzo grubej szarobiałej oponie bardzo liczne małe pęcherzyki, wypełnione przejrzystym bursztynowym płynem. Przysadka dość duża, szaro-różowa, na powierzchni górnej pokryta białawymi wodnistymi pęcherzykami. Wymiary siodełka tureckiego: 2,5x2 cm. Blaszka kostna, oddzielająca siodełko od zatoki klinowej ma grubość cienkiego papieru, przez nią prześwieca żółtawa zawartość zatoki. W oponach na sklepistości mózgu liczne pęcherzyki wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego, wypełnione prawie bezbarwnym przejrzystym płynem; wewnątrz pęcherzyków widać małe białawe ciałka. Dużo wspomnianych pęcherzyków w kształcie gron znajduje się w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych.

Na przekrojach poprzecznych mózgu stwierdza się wybitne rozszerzenie komór. W komorze bocznej lewej znajduje się pęcherzyk wielkości grochu o cechach pęcherzyków oponowych. Powierzchnia przekroju półkul mózgowych, zwłaszcza lewej jest usiana pęcherzykami, podobnymi do wyżej opisanych. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nie stwierdzono żadnych zmian. W jelitach i żołądku pasorzytów nie znaleziono.

Na podstawie badania sekcyjnego rozpoznano wągrzycę mózgu.

Badanie mikroskopowe układu nerwowego ośrodkowego dało wyniki następujące:

Mózg jest usiany bardzo licznymi pęcherzykami wągrów. Naokoło pasorzytów powstaje torebka odczynowa; budowa jej była opisywana wielokrotnie, a ostatnio wyczerpująco przez Opalskiego. W naszym przypadku komórki olbrzymie są bardzo nieliczne, pozatem budowa torebki jest zwykła.

Nie robiliśmy skrawków kolejnych, wobec czego nie jesteśmy w stanie określić, czy jest to cysticercus cellulosus, czy cysticercus acephalocystes czy też jakaś postać nieprawidłowa.

Pasorzyty przeważnie są żywe, na co wskazuje intensywność ich zabarwienia. Tylko w okolicy rogu Ammona znajduje się obumarły wągr.

W bezpośredniem sąsiedztwie pasorzyta zmiany są inne, niż w odległych od niego okolicach.

W pierwszym wypadku komórki zwojowe kory są zniekształcone, przypominają czasami kształtem komórki w chorobie Tay-Sachsa, a glej pierwoszczowy wybitnie się rozplenia. O ile wągr znajduje się w istocie szarej, to w preparatach barwionych sposobem Nissla widać przedewszystkiem warstwę dużych, bladych jąder glejowych, dalej rozrzucone są komórki zwojowe w stanie chromatolizy, a wśród nich dużo makrogleju. Preparaty barwione sposobem Spielmeyera wykazują zupełne wyświetlenie naokoło wągra.

W miejscach mniej lub więcej odległych od pasorzytów stwierdziliśmy zmiany następujące: Opony miękkie mózgu na sklepistości mózgu są miejscami zgrubiałe, naogół przekrwione, zwłaszcza w głębi rowków. Wszędzie są nieznaczne nacieczenia komórkami plazmatycznemi, zwłaszcza w sąsiedztwie naczyń. Na podstawie mózgu opony wybitnie przekrwione i nacieczone. Znajdują się tutaj liczne wągry, otaczające skrzyżowanie nerwów wzrokowych; wągry wciskają się między podwalinę, róg Ammona i podstawę mózgu. W szczelinie Bichata znajduje się słabo barwiący się, zmartwiały wągr. Opony móżdżku rówież są zgrubiałe i nacieczone, zwłaszcza w sąsiedztwie pasorzytów. Nacieki z opon podstawy mózgu wzdłuż naczyń wnikają w głąb konarów mózgowych, jednak dość powierzchownie, nie dosięgając istoty czarnej. Z opon naciek przechodzi również na nerwy i pasma wzrokowe i rozprzestrzenia się w nich wzdłuż przegród łącznotkankowych. Ze sklepistości naciek nigdzie nie przechodzi na miąższ.

Ściany naczyń w oponach są wybitnie zgrubiałe; są one nacieczone makrofagami. Czasami są zgrubiałe wszystkie warstwy ściany naczynia; przeważnie bywa zgrubiała warstwa środkowa, tu i owdzie wewnętrzna. Błona zewnętrzna jest nacieczona prawie wyłącznie komórkami plazmatycznemi.

Cytoarchitektonika kory mózgowej jest naogół zachowana, jeśli nie brać pod uwagę nielicznych opustoszeń w dolnych częściach warstwy III-ej. Komórki zwojowe są w stanie słabiej lub silniej wyrażonej chromatolizy, zwłaszcza wybitnie w warstwie IV i V-ej. Komórki zwojowe głębokich warstw są wybitnie stłuszczone. W całej korze

mózgowej wybitny rozplen gleju plazmatycznego, w warstwie drobinowej bujanie mikrogleju, zawierającego liczne kropelki tłuszczu, miejscami skupienia komórek glejowych. W istocie białej kory mózgowej znaczne pomnożenie liczby jąder oligodendrogleju. Ściany naczyń są nacieczone komórkami żernemi. Komórki żerne i komórki przydanki zawierają liczne ziarnka barwika czarno-zielonego.

Obraz kliniczny wągrzycy ośrodkowego układu nerwowego nie daje charakterystycznych objawów, któreby niewątpliwie pozwoliły rozpoznać ją za życia. Wyjątek stanowią te przypadki, w których wykryto wągry podskórnie, w dnie oka, lub części wągra w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Większość autorów zwraca uwagę na ważność badania płynu mózgowo-rdzeniowego, zwłaszcza w kierunku eozynofilji i odczynów kolloidalnych.

Według Rizzo ilość komórek eozynofilnych w płynie mózgowo-rdzeniowym wzrastać może do 40 proc., na tem też oparł on rozpoznanie za życia wągrzycy ośrodkowego układu nerwowego. Wzmożoną eozynofilję w płynie mózgowo-rdzeniowym zauważyli również Stępień i Grzybowski, Rizzo, Lopez, Albo, Wenceslao. Według Krolla i Czerwakowa, płyn m. rdz. daje krzywą odczynów, właściwą dla porażenia postępującego mimo ujemnego odczynu Wassermanna.

Naszego przypadku nie badaliśmy w kierunku obecności i liczby ciałek kwasochłonnych w płynie m. rdz., natomiast przerobiliśmy odczyn Emanuela - Kafki — jeden z wielu odczynów kolloidalnych, który wypadł wybitnie dodatnio.

Cały szereg autorów uznaje, że najbardziej charakterystycznym objawem tego schorzenia jest nagłe zejście śmiertelne, spowodowane wodogłowiem i zmianami w naczyniach krwionośnych mózgu. Nagłe zejście śmiertelne miało miejsce również i w naszym przypadku.

Wągrzyca mózgu bywa dość często przypadkowem odkryciem sekcyjnem, zwłaszcza na sekcjach sądowo-lekarskich zwłok osób nagle zmarłych. Wągrzycę mózgu stwierdzono 9-krotnie wśród 580 sekcyj sądowo-lekarskich (Kroll i Czerwakow), cierpienie to jest więc u ludzi stosunkowo częste (1,5%). Skriabin zaznacza, że trudności rozpoznawcze i niedokładność naszych metod djagnostycznych dają nam niezupełny obraz statystyczny

tego schorzenia. Pojedyncze wągry zależnie od umiejscowienia mogą nie dawać żadnych objawów klinicznych, liczne zaś są przeważnie przyczyną szeregu niestałych, zależnych od ruchów pasorzyta (Marchand), zaburzeń psychicznych i neurologicznych. Rzekomo charakterystyczny dla wągrzycy mózgu objaw Bruncka, polegający na nagłem padaniu chorego wskutek silnych zawrotów głowy, jest również niestały. W większości opisanych przypadków stwierdzono silne, napadowe bóle głowy, czasem połączone z wymiotami (Lemoyne, Croveri, Marcolongo); drgawki epileptyczne mają przeważnie charakter padaczki Jacksona (Rizzo), chociaż znane są przypadki z typowemi napadami padaczkowemi (Egas, Loft, Pacheco, Antonow, Burzio), nawet z padaczkowemi zmianami psychicznemi (Kroll i Czerwakow). Wywiady w naszym przypadku wskazują, że chora miewała napady padaczkowe. Zaburzenia neurologiczne, zwłaszcza tarcze zastoinowe z zanikiem nerwów wzrokowych i silne napadowe bóle głowy oraz badanie rentgenologiczne skłoniły nas do rozpoznania guza mózgu.

Zaburzenia psychiczne nie są charakterystyczne: ogniskowe podrażnienia mogą powodować omamy (Liebscher); Redlich widział chorych ze ślepotą duchową w przypadku umiejscowienia się wągrów w obu dolnych płatach środkowych; Pfeifer opisał przypadek z niemotą i apraksją, w którym były liczne wągry w okolicy wyspy; przypadek Bergholda Fritza przebiegał wśród objawów paralitycznych: zaczęło się od podwyższenia temperatury i zawrotów głowy, później wystąpiło drżenie, parestezje, ogniskowe napady kurczowe, które następnie przeszły w napady hysteropochodne, wreszcie, po przemijającem prawostronnem porażeniu, afazji i apraksji, powstało ciężkie lewostronne spastyczne porażenie i otępienie z euforją. Bardzo często wągry umiejscawiają się w oponach miękkich i mogą dawać obraz zapalenia opon mózgowych lub padaczki Jacksona. W tych przypadkach objawy psychiczne przypominają padaczkę, stwierdza się zmienność nastroju, gniewliwość, czasem depresję, wzmożoną pobudliwość, zamroczenia lub stany osłupieniowe. Bardzo często zaburzenia psychiczne dają obraz psychozy Korsakowa (Pfeifer, Boege, Henneberg, Schob i Freud) lub stanów majaczeniowych (Wallenberg). Przypadek Hertza dawał, oprócz zespołu Korsakowa, katalepsję i paralogję. Henneberg opisuje przypadki wągrzycy mózgu ze stanami lękowymi i halucynacjami, Kufs — zespoły melancholijne z głęboką depresją, odmową przyjmowania pokarmów, urojeniami poniżenia i grze-

szności. Zaburzenia psychiczne w wągrzycy mózgu odznaczają się zmiennością — naprzemiennemi pogorszeniami i polepszeniami. Samoistne wyleczenie może niekiedy mieć miejsce, np. po zwapnieniu wągra.

W naszym przypadku zaburzenia psychiczne przypominały raczej zespół Korsakowa. Mylne rozpoznanie w tym przypadku dowodzi potrzeby częstszego przyjmowania możliwości wągrzycy; podejrzane przypadki należy szczegółowo badać w tym kierunku, zwłaszcza jeżeli chodzi o ludzi żyjących w niehigjenicznych warunkach życia. Wolwatz zwraca uwagę na częstość wągrzycy u szewców i krawców: podeszwy obuwia i dół spodni często bywają zawalane błotem lub kurzem, zawierającym jaja tasiemca. W Europie przypadki wągrzycy są coraz rzadsze, natomiast w Brazylji wągrzyca stanowi 4 proc. wszystkich zejść śmiertelnych.

Jeśli chodzi o zmiany mikroskopowe, to naogół rzadko opisuje się rozlane zmiany zwyrodnieniowe elementów szlachetnych i rozrostowe gleju. Radalié wspomina o zaniku kory w okolicy czołowej, polegającym na ubytku komórek nerwowych, a w okolicy ciemieniowej na ich zagęszczeniu, Kufs w przypadku wągrowego zapalenia opon u 61-letniego osobnika stwierdził rozlane bujanie gleju w całej korze obok ciężkich zmian komórkowych i zaniku komórek, Opalski stwierdził bujanie makrogleju włóknorodnego z miernem pomnożeniem ilości włókien w obrębie warstwy pierwszej i rozrost oligodendrogleju w głębszych warstwach kory. Nasilenie odczynu glejowego słabnie wybitnie w kierunku ku głębszym warstwom kory, tak że w istocie białej podkorowej rzadko znajdował Opalski obrazy patologiczne. Nie spostrzegał on również rozrostu gleju dookoła naczyń, rozetek glejowych, ani rozlanych zwyrodnień komórek nerwowych w postaci ciężkiego, bądź przewlekłego schorzenia. Rozlane braki komórek nerwowych w korze ograniczały się do warstwy III-ej, zresztą były niewielkie. Demyelinizacja była niewielka. Widział ją Opalski tylko w okolicach rozmięknień i opustoszeń. Wyrażała się ubytkiem włókien promienistych i równoległych i nie miała rozsianego charakteru, jak w naszym przypadku.

Czy zmiany stwierdzone w wągrzycy w miejscach oddalonych od pasorzytów uważać za zapalne, czy też za toksyczne? Odrębność histopatologiczna objawów zapalnych od objawów toksycznych dziś nie ulega wątpliwości. Szkoła francuska (Babiński i Charin, Vidal i Besançon i inni) wykazała, iż w zakażeniu drogą krwi układ nerwowy ośrodkowy po większej części bywa

nieuszkodzony, występują tylko zmiany, które autorowie oceniają jako toksyczne. Objawy zapalne powstają dopiero wtedy, gdy (C a t o l a, H o c h e, S p a t z) zostaje uszkodzona barjera między krwią i mózgiem, a bakterje przenikną w sam miąższ mózgowy. Zatem w sprawach zapalnych koniecznym warunkiem powstania zapalenia mózgu ma być obecność mikroorganizmów w samej tkance nerwowej. O p a l s k i twierdzi, iż główną przyczyną powstania zapalenia jest zadziałanie na tkankę znaczniejszej ilości toksyn.

W bezpośredniem sąsiedztwie z wągrami, wskutek prawdopodobnie silnego skoncentrowania toksyn, występują zawsze zmiany zapalne. Wdali od pasorzytów działanie toksyn jest o wiele słabsze i zmiany mają charakter zmian toksycznych. Jako meningoencephalitis możemy traktować tylko te obrazy, które znajdujemy u podstawy mózgu, gdzie liczba pasorzytów jest bardzo duża, a zapalenie z opon szerzy się drogą przestrzeni okołonaczyniowych na miąższ mózgu. W innych częściach mózgu, choć n i e w b e z p o ś r e d n i e m s ą s i e d z t w i e w ą g r ó w, z n a j d u j e m y z m i a n y w y ł ą c z n i e t o k s y c z n e g o c h a r a k t e r u. T e m i w ł a ś n i e z m i a n a m i t o k s y c z n e m i j e s t e ś m y s k ł o n n i o b j a ś n i ć p o w s t a n i e z a b u r z e ń p s y c h i c z n y c h w t y c h p r z y p a d k a c h, w k t ó r y c h w ą g r y b y ł y n i e l i c z n e. T u r o z p l e n g l e j u, z w ł a s z c z a w i s t o c i e b i a ł e j k o r y ś w i a d c z y o u s z k o d z e n i u w ł ó k i e n n e r w o w y c h, k t ó r e w s z a k s t a n o w i ą p o d ł o ż e a n a t o m i c z n e k o j a r z e ń p s y c h i c z n y c h. W przypadku, takim jak nasz, zmiany toksyczne nie odgrywają roli decydującej, gdyż niezliczona ilość wągrów dostatecznie uszkadza cyto- i myeloarchitektonikę mózgu.

PIŚMIENNICTWO.

A l l e n S a m u e l, S. and H a r o l d W. L o v e l l. Ann. Surg. 97, 1—9. 1933. A n t o n o w. Virch. Arch. 285. 1932. B a b i ń s k i et C h a r r i n cyt. według Opalskiego. B e r g h o l d F r i t z. Jena. Diss. 1932. B o e g e cyt. wg. Pfeifera. B u r z i o F r a n c e s c o. Riv. sper. Freniatr. 54. 1931. C a t o l a cyt. wg. Opalskiego. C h r i s t o p h e, D i v r y et M o r e a u. J. Chir. et Ann. Soc. belge chir. 1932. C r o v e r i P a o l o, F e r d i n a n d o M a r c o l o n g o. Arch. sc. med. 56. 1932. F r e u d cyt. wg. Pfeifera. H a n d e l s m a n n. Rocz. Psych. 1929 i 1931. H e n n e b e r g. Handbuch d. Neurol. Berlin. Springer 1912. J a c o b, A. O. Bumke B. XI. J a h n e l F. O. Bumke B. XI. K r o l l M. C z e r w a k o w W. Sowiet. Neuro-

pat. 1932. Kufs. Z. N. 30 i 86. 1923. Lopez, Albo, Wenceslao An. Med. int. 1932. Leibscher wg. Pfeifera. Marchand wg. Krolla i Czerwakowa. Messing Zygmunt. Gaz. lek. 1910. Monis Egas, R. Loft et L. Pacheco Encéphale 27. 1932. Opalski Akademja Umiej. Polska 1930 i Extr. Bul. Ak. Polon. Sc. et Lettr. 1931. Pfeifer B. O. Bumke B. VII. Radalié. R. N. 1921. Redlich wg. Pfeifera. Rizzo Cristoforo. Riv. Pat. nerv. 1933. Schmite et Lemoyne. R. N. 1932. Scholz W. wg. O. Bumke B. XI. Skriabin wg. Krolla i Czerwakowa. Spatz H. O. Bumke B. XI. Stępień i Grzybowski. Przegl. Dermat. 26. 1931. Tyczka W. N. P. 1935. Vidal i Besançon wg. Opalskiego. Wallenberg wg. Pfeifera.

CYSTICERCOSE DU CERVEAU.

WŁ. BERNASIEWICZ Z. MESSING.

Les auteurs ont étudié un cas de cysticercose du cerveau survenue chez une femme de 43 ans. Le cerveau présentait des altérations inflammatoires autour des parasites. En outre on constata: de la prolifération de la névroglie dans tout le cerveau, à des endroits plus ou moins éloignés des cysticerques mais plus particulièrement dans la substance blanche sous-corticale, des altérations atypiques des cellules ganglionaires, absence de cellules dans les couches III et V, démyélinisation, hyperhémie vasculaire avec infiltration de macrophages, pseudoinfiltration périvasculaire.

Ce cas avait été diagnostiqué comme une tumeur de l'hypophyse avec accès épileptiques. Au point de vue mental, la malade présentait, en dehors de symptômes démentiels, le syndrome de Korsakow.

Dr. JAN GALLUS.

SZCZEGÓŁOWE DANE, DOTYCZĄCE CHORYCH W ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE ZA LATA 1930-1933.

Dane ogólne o ruchu chorych w zakładach psychjatrycznych w Polsce za lata 1930-1933 zostały podane w pracy mojej pt. „Stan szpitali psychjatrycznych i opieki pozazakładowej w Polsce w okresie 1930-1933", — która ukazała się w № 1—2 „Nowin Psychjatrycznych" z r. 1935. Dane szczegółowe przedstawiają się jak następuje:

I. CHORZY NOWOPRZYBYLI W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM.

Ogółem przyjęto do zakładów psychjatrycznych:

w r. 1930:	6647 m.	+ 4681 k.	— razem 11.328	chorych
„ „ 1931:	6477 „	+ 4387 „	— „ 10.864	„
„ „ 1932:	6165 „	+ 4173 „	— „ 10.338	„
„ „ 1933:	7394 „	+ 4627 „	— „ 12.021	„

PODZIAŁ CHORYCH PODŁUG WYZNAŃ.

Przynależność wyznaniowa wśród chorych nowoprzybyłych przedstawiała się w odsetkach jak następuje:

	r. 1930 %	r. 1931 %	r. 1932 %	r. 1933 %
Wyzn. rz. kat.	68,11	68,50	68,95	67,18
„ gr. kat.	4,19	4,09	4,93	5,17
„ ewang.	2,35	2,64	3,05	3,09
„ prawosł.	3,04	2,64	3,17	2,81
„ izraelic.	21,51	21,23	19,22	20,21
Inne wyznania	0,19	0,16	0,28	0,22
Bezwyz. i niewiad. wyz.	0,61	0,74	0,40	1,32

Z powyższego zestawienia widać, że w latach 1930—1932 w ogólnej liczbie chorych przyjętych do zakładów, wzrasta stopniowo odsetek chorych wyznania rzymsko-katolickiego z 68,11% (w r. 1929 — 68,0%) do 68,95%, poczem w r. 1933 obniża się on dość nagle do 67,18%. Zjawisko to związane jest zapewne z kryzysem gospodarczym i wypływającemi stąd trudnościami umieszczania chorych

niezamożnych w zakładach, widzimy je bowiem również wśród chorych wyznania prawosławnego, gdzie odsetek chorych tego wyznania nowoprzyjętych spada z 3,04% (1930 r.) do 2,81% (1933 r.), i wśród chorych wyznania mojżeszowego, gdzie również spada on z 21,51% (w r. 1929 nawet 22,35%) do 20,21%, a więc obejmuje te wyznania, z pośród których rekrutuje się głównie nasz proletarjat miejski i wiejski. Wzrost odsetka nowoprzyjętych chorych wyznania grecko-katolickiego i ewangelickiego jest — zdaniem naszem — zjawiskiem normalnem i związanem ze wzrostem procentowym członków tych wyznań wśród ludności kraju. Liczba 1,32% bezwyznaniowych i niewiadomego wyznania w r. 1933 wynika najprawdopodobniej z braku ścisłych pod tym względem danych w sprawozdaniach niektórych zakładów.

Załączona tablica I. przedstawia szczegółowe dane, dotyczące rozpoznań psychjatrycznych i grup wyznaniowych wśród chorych nowoprzyjętych do zakładów w okresie sprawozdawczym; zestawienia te zamykają się w obliczeniach odsetkowych, podobnych do sprawozdań poprzednich z r. 1928 i 1929 (W. Łuniewski).

ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE CHORYCH WYZNANIA MOJŻESZOWEGO ORAZ WSZYSTKICH INNYCH GRUP WYZNANIOWYCH W ODSETKACH.

Rodzaj choroby	1930 r.		1931 r.		1932 r.		1933 r.	
	Wszyst. wyznan. oprócz wyzn. izrael.	Wyzn. izrael.	Wszyst. wyznan. oprócz wyzn. izrael.	Wyzn. izrael.	Wszyst. wyznan. oprócz wyzn. izrael.	Wyzn. izrael.	Wszyst. wyznan. oprócz wyzn. izrael.	Wyzn. izrael.
	%	%	%	%	%	%	%	%
Niedorozwój umysłowy	7,20	3,90	5,82	3,43	5,90	4,58	9,42	6,09
Psychopatja ustrojowa	7,02	2,71	6,26	2,73	6,22	5,08	6,89	3,29
Padaczka	5,50	2,34	5,84	2,12	6,14	2,87	7,16	2,76
Zaburz. psych. po urazach oraz przy cierp. mózg. ogn.	2,60	1,31	1,54	0,48	1.13	0,30	1,09	0,58
Psychoza na tle miażdżycy i przem. wstecz. ustr.	4,24	3,20	4,64	4,03	4,15	3,47	5,22	4,44
Psych. poch. zakaźnego	0,95	0,29	1,04	0,34	1,03	0,30	0,61	0,62
Zaburzenia psych. pośpiącz.	1,37	0,58	1,24	0,92	1,03	0,86	1,04	1,44
Psychozy alkoholowe	5,77	0,66	3,42	0,13	2,51	0,10	2,97	—
Zaburz. psych. przy inn. zatruc. zewn. pochodn.	1,37	0,37	1,34	0,56	0,97	0,20	2,11	0,66
Zaburz. psych. na tle zatruc. wewn. pochodn.	2,52	0,53	1,44	1,02	1,23	1.01	2,13	0,66
Porażenie postępujące	10,52	5,34	11,88	5,29	10,93	3,52	10,87	3,75
Inne psych. pochodz. kiłow.	2,56	0,62	1,62	0,52	1,46	1,51	0,72	0,54
Schizophrenia	30,95	61,77	33,03	60,74	33,29	54,71	32,82	60,60
Paranoia i paraphrenia	1,46	1,60	1,20	1,17	1,61	0,70	1,27	1,16
Psych. manjak.-depres.	5,87	10,02	4,99	8,17	4,14	11,42	3,59	6,70
Psychozy reaktywne	2,76	1,60	3,16	1,72	2,96	3,93	2,17	2,43
Przyp. inne i nierozpozn.	6,99	2,63	8,86	6,04	8,85	4,28	7,57	3,54
Osoby uznane za zdrowe	0,65	0,53	2,71	0,65	1,88	0,91	2,35	0,47

Z zestawienia tego wynika, że podobnie jak w latach poprzednich, chorzy wyznania mojżeszowego w porównaniu z innemi wyznaniami, wykazują nadal wybitną skłonność do schizofrenji i psychozy manjakalno - depresyjnej, gdyż mimo nieznacznego zmniejszenia się jej w liczbach ogólnych, przewyższa ona nadal prawie dwukrotnie w stosunkach odsetkowych wszystkie inne wyznania pod tym względem. Nadwyżka ilości chorych wyznania mojżeszowego zapadających na psychozy alkoholowe, choć już nieznaczna w naszym okresie sprawozdawczym, stale zmniejsza się, aż wreszcie w r. 1933 znika zupełnie; również obniża się ona w porażeniu postępującem, a w padaczce i psychozach toksycznych, mimo nieznacznego wzrostu, nadal pozostaje niewielka. Zwiększa się natomiast wyraźniej ilość chorych wyznania mojżeszowego na niedorozwój umysłowy, psychopatję ustrojową, psychozy na tle miażdżycy i psychozy infekcyjne; w psychozach zaś pośpiączkowych i reaktywnych wzrost ten jest tak wyraźny, że obecnie przewyższa już nawet odsetki u chorych wszystkich innych wyznań, cierpiących na te schorzenia.

WIEK CHORYCH.

Dane dotyczące wieku chorych przyjętych do zakładów przedstawia następujące zestawienie:

	r. 1930 %	r. 1931 %	r. 1932 %	r. 1933 %
Do 15-tu lat	2,87	2,61	1,99	2,11
Od 16-tu do 20-tu lat	10,79	10,74	6,95	7,46
„ 21 „ 30 „	36,69	37,53	39,79	37,91
„ 31 „ 40 „	24,07	24,35	26,35	27,39
„ 41 „ 50 „	15,03	15,04	14,23	14,98
„ 51 „ 60 „	6,76	6,57	7,02	6,53
„ 61 „ 70 „	2,95	2,54	2,23	2,50
70 lat i wyżej	0,84	0,62	0,94	1,12

Z zestawienia powyższego widać, że największy odsetek przyjęć do zakładów wykazują, jak i w latach poprzednich, chorzy w wieku od 21 do 30 lat, a następnie chorzy w wieku od 31 lat do 40, przyczem odsetek obu tych grup stale wzrasta. Najniższy odsetek przyjęć wykazują jak dawniej chorzy młodociani i powyżej 50-ciu lat, przyczem odsetek przyjęć chorych młodocianych ulega stałemu zmniejszaniu się i w wieku poniżej 15-tu lat spada z 2,87% do 2,11%, a w wieku od lat 16-tu do 20 z 10,79% do 7,46% a nawet 6,95% (w r. 1932). Na wiek powyżej 50 lat przypada 10,55% do 9,73% przyjęć (w r. 1929 — 10,56%).

Po raz pierwszy w obecnem sprawozdaniu udało się nam zebrać szszegółowe dane, dotyczące stanu cywilnego i stopnia wykształcenia chorych przyjętych w okresie sprawozdawczym do zakładów psychjatrycznych. Odnośmy materjał przedstawiony jest szczegółowo w tablicy II i III.

STAN CYWILNY CHORYCH.

Z załączonej tablicy II widać, że największy odsetek wśród nowoprzyjętych do zakładu chorych stanowią kawalerowie i panny (53,04% — 55,69%), następną grupę stanowią żonaci i mężatki (39,55% — 36,81%), przyczem grupa pierwsza stale wzrasta, a druga maleje. Najniższy odsetek przyjęć wykazuje grupa wdowców i wdów (5,03% — 4,43%), oraz rozwiedzionych (0,93% — 0,76%). Dane te — zdaje się — odpowiadają normalnym stosunkom, jeśli chodzi o stan cywilny, wśród ludności Polski.

STOPIEŃ WYKSZTAŁCENIA CHORYCH.

Z tablicy III, dotyczącej wykształcenia chorych, wynika, że największy odsetek wśród nowoprzyjętych chorych wykazują posiadający wykształcenie elementarne (42,36% — 46,58%), następną grupę stanowią chorzy umiejący czytać i pisać (17,08% — 18,68%), potem analfabeci i posiadający wykształcenie średnie (około 10%). Najniższy odsetek wśród nowoprzyjętych wykazują chorzy z wykształceniem wyższem (3,71% — 2,27%). Zdaje się, że i te liczbowe dane odpowiadają normalnym stosunkom w Polsce, nie odpowiadają natomiast utartemu powszechnie zdaniu, jak widać zupełnie bezpodstawnemu, — że praca umysłowa (nauka) sprzyja powstawaniu chorób psychicznych.

ZAJĘCIA ZAWODOWE CHORYCH.

Chcąc określić sfery społeczne, z których rekrutowali się nasi chorzy, przybywający do zakładu, jak i w latach poprzednich, postaraliśmy się zebrać dane odnośnie ich zajęć zawodowych. Ponieważ jednak materjał ten jest ogromny i sprawy, dotyczące zajęć zawodowych, inaczej wyglądają u mężczyzn, a inaczej u kobiet, podzieliliśmy uzyskane dane na dwie grupy, a mianowicie: na dane, dotyczące zajęć zawodowych mężczyzn, i dane, dotyczące zajęć zawodowych kobiet, z tem, że osobno ujęliśmy kobiety samodzielnie zawodowo czynne i osobno kobiety bez zawodu, — przy tych ostatnich podajemy zawód męża. W naszych zestawieniach nor-

malnie kobiety niezależne zawodowo przeważają nieznacznie wśród chorych nowoprzyjętych nad kobietami zależnemi.

ZAJĘCIA ZAWODOWE MĘŻCZYZN. rok:	1930 %	1931 %	1932 %	1933 %
1) Najemnicy rolni, leśni i folwarczni	5,99	6,53	6,78	6,15
2) Drobni rolnicy	11.16	11,56	10,52	8,66
3) Właściciele średn. i większ. własn.	0,72	0,74	0,67	0,60
4) Subjekci, śred. pers. sklep. handl.	2,29	2,10	1,84	2,35
5) Drobni kupcy, sklepik. i pośr. handl.	4,51	3,94	4,07	3,26
6) Właściciele większ. przeds. handl.	0,80	0,60	0,66	0,16
7) Robotnicy fabryczni, górnicy i t p.	9,91	11,16	8,13	9,16
8) Rzemieśln. najemn. (czel. i uczn.)	9,69	8,75	10,52	8,33
9) Samoistni rzemieślnicy	7,34	7,50	7,02	7,34
10) Samoistni przemysł. i fabrykanci .	0,45	0,46	1,38	1,00
11) Zawody wolne	4,06	4,24	2,76	2,69
12) Właściciele nieruch. miejs. i kapital.	0,17	0,10	1,33	0,15
13) Oficjal. urzędn. pryw. i publ. . .	8,92	9,03	9,16	9,85
14) Ucząca się młodzież	2,24	2,87	2,08	2,26
15) Służba domowa, biurowa i t. p. .	1,58	2,02	1,54	1,70
16) „ komunikacyjna i transport.	3,05	3,10	3,50	3,16
17) Strażacy i kominiarze	0,12	0,14	0,32	0,09
18) Policja	0,84	0,97	0,92	2,83
19) Armja czynna i żandarmerja . .	9,66	9,09	11,57	11,89
20) Najemnicy o zmiennem zajęciu .	6,98	4,80	5,78	4,96
21) Utrzymywani przez zakłady dobr.	0,47	0,45	0,24	0,72
22) Żebracy	0,32	0,28	0,06	0,19
23) Prostytutki	—	—	—	—
24) Osoby bez określonego zawodu .	8,73	9,57	9,15	12,50

Podobnie, jak w latach poprzednich, wśród nowoprzyjętych do zakładów mężczyzn największą procentowo grupę stanowią: wojskowi, których procent stale wzrasta, osoby bez określonego zajęcia, robotnicy fabryczni, górnicy i t. p., urzędnicy prywatni i publiczni, których procent również wzrasta, drobni rolnicy, których procent maleje (kryzys gosp.), rzemieślnicy (czeladnicy i uczniowie), najemnicy o zmiennem zajęciu, procent których również maleje, najemnicy rolni, folwarczni i t. p. Najsłabiej procentowo wśród mężczyzn nowoprzyjętych są reprezentowani żebracy, strażacy i kominiarze, osobnicy, utrzymywani przez zakłady dobroczynne, właściciele większych przedsiębiorstw handlowych, właściciele większych i mniejszych własności, potem samodzielni przed-

siębiorcy i fabrykanci, właściciele nieruchomości miejskich i kapitaliści, służba domowa, biurowa i t. p., policja, ucząca się w wyższych zakładach naukowych młodzież, zawody wolne i t. d. W powyższem zestawieniu uderza ponadto nagły wzrost procentowy w r. 1932 grupy samodzielnych przemysłowców i fabrykantów (z 0,46% do 1,38%) oraz grupy właścicieli nieruchomości miejskich i kapitalistów (z 0,10% do 1,33%), — czyżby to zjawisko związane było z największem nasileniem kryzysu gospodarczego i zamykaniem przedsiębiorstw? Wreszcie w r. 1933 uderza nagły i poważny wzrost zachorzeń w policji (z 0,92% do 2,83%) i wśród osób bez określonego zawodu (z 9,15% do 12,50%).

ZAJĘCIA ZAWODOWE KOBIET. (Podział zawodów — jak u mężczyzn).

	1930 r.		1931 r.		1932 r.		1933 r.	
	K	O	B	I	E	T	Y	
	samodz. %	bez. zaw. %	samodz. %	bez zaw. %	samodz. %	bez zaw. %	samodz. %	bez. zaw. %
1.	5,97	3,78	3,84	5,66	2,85	4,01	2,42	3,80
2.	4,55	10,49	3,71	13,15	2,82	12,32	3,12	8,86
3.	0,34	1,64	0,56	1,60	0,41	1,75	0,37	1,80
4.	2,33	1,26	2,37	2,32	2,77	1,53	2,05	2,20
5.	2,18	17,07	1,85	13,10	2,90	8,67	1,76	8,81
6.	0,19	1,45	0,09	1,84	0,01	0,36	0,07	1,10
7.	7,15	5,56	7,46	8,71	8,68	10,65	7,59	9,46
8.	3,94	4,11	3,84	3,57	4,34	3,51	2,93	3,36
9.	5,97	8,27	4,79	6,14	5,61	7,28	4,77	7,04
10.	0,03	0,68	0,22	1,11	0,25	1,26	0,40	0,63
11.	2,48	4,35	2,67	3,63	2,36	1,57	1,72	3,00
12.	0,16	0,43	0,17	0,54	0,58	0,41	0,56	0,30
13.	7,35	9,92	8,54	11,02	9,82	8,49	8,01	9,16
14.	0,95	0,19	2,17	0,48	2,98	0,41	11,05	—
15.	5,98	1,89	9,23	1,02	9,34	2,61	7,60	2,15
16.	0,23	5,03	0,30	4,11	0,62	5,17	0,40	5,94
17.	—	0,19	—	0,04	—	0,72	—	0,05
18.	0,09	1,70	0,04	0,53	—	1,22	—	1,20
19.	—	1,60	—	2,27	—	3,64	—	2,85
20.	12,36	7,02	11,94	5,32	12,84	6,43	10,57	8,76
21.	1,34	1,06	1,63	0,53	1,23	0,67	1,19	0,46
22.	0,42	—	0,34	—	0,51	0,05	0,40	0,10
23.	0,57	—	0,44	—	0,31	—	0,19	—
24.	35,42	12,41	33,72	13,39	27,02	18,21	32,04	19,13

Wśród kobiet niezależnych najliczniejszą grupę stanowią, jak i w latach ubiegłych, kobiety bez określonego zajęcia i najemnice bez zawodu, potem urzędniczki prywatne i publiczne, służba domowa i biurowa, robotnice fabryczne i t. d. W zestawieniu tem uderza wśród kobiet niezależnych stały dość poważny wzrost (z 0,95 do 11,05%) grupy młodzieży uczącej się w zakładach naukowych, następnie stały wzrost w grupie służby domowej, biurowej i t. p., a spadek w grupie najemnic rolnych, folwarcznych oraz w grupie najemnic rzemieśl. (czeladników i uczniów). Słabo reprezentowane wogóle wśród kobiet niezależnych są: właścicielki średnich i większych własności, przedsiębiorstw handlowych i przemysłowych, kapitalistki, następnie żebraczki, policjantki i prostytutki, przyczem liczba chorych z dwu ostatnich grup stale maleje.

Wśród nowoprzyjętych pacjentek, których byt uzależniony jest od zawodu męża, najliczniejszą grupę stanowią żony osobników bez określonego zajęcia i zawodu, następnie idą żony urzędników prywatnych i publicznych, robotników fabrycznych i górników, przyczem liczba ich stale wzrasta; żony drobnych kupców, rolników, których liczba znowu stale maleje; żony najemników bez zawodu, wreszcie żony rzemieślników. Najsłabiej wśród tej grupy kobiet reprezentowane są żony żebraków, strażaków i kominiarzy, żony słuchaczy wyższyych zakładów naukowych oraz żony osób, utrzymywanych przez zakłady dobroczynne, żony właścicieli nieruchomości miejskich, kapitalistów i fabrykantów.

Przy porównaniu liczby chorych kobiet niezależnych z liczbą kobiet, będących na utrzymaniu męża, w zależności od sfery społecznej, do której należą, uderza znaczna przewaga drugich nad pierwszemi w grupie drobnych rolników, kupców, służby komunikacyjnej i transportowej, rzemieślników, zawodów wolnych i t. p., co jest — naszem zdaniem — zupełnie zrozumiałe, gdyż nieżależnych i samodzielnych kobiet w tych grupach społecznych jest znacznie mniej niż w innych. Odwrotny stosunek pod tym względem stwierdzamy w grupie młodzieży uczącej się, wśród służby domowej i najemnic bez określonego zawodu, gdzie znowu normalnie znaczna jest przewaga kobiet niezależnych z tych grup nad kobietami zależnemi.

Przy porównywaniu grup zawodowych mężczyzn i kobiet niezależnych w większości grup zawodowych stwierdza się naogół przewagę mężczyzn nad kobietami niezależnemi, jedynie w grupie służby domowej i biurowej, w grupie najemników bez zawodu i że-

braków — kobiety wyraźnie przeważają nad mężczyznami; wreszcie w r. 1933 w grupie młodzieży, uczącej się w wyższych zakładach naukowych, gdzie dotychczas stosunki były normalne, obecnie kobiety zdobyły wyraźną i znaczną przewagę nad mężczyznami (mężczyźni 2,26⁰/₀, kobiety 11,05⁰/₀).

II. CHORZY, KTÓRZY OPUŚCILI ZAKŁADY PSYCHJATRYCZNE W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM.

Ogółem wypisano z zakładów psychjatrycznych:

	1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
Jako zdrowych	575	415	815	691
Z poprawą	4038	4455	3648	3968
Bez poprawy	3746	3190	3708	3186
Przeniesiono do inn. zakład.	1008	1083	962	1954
Zmarło	1239	1249	1157	1197
Razem	10906	10392	10290	10996

Po odjęciu od ogólnej liczby chorych wypisanych, chorych, przeniesionych do innych szpitali, otrzymamy definitywny odpływ chorych, który w poszczególnych latach przedstawiał się następująco:

w r. 1930 — 9898 chorych
„ „ 1931 — 9309 „
„ „ 1932 — 9328 „
„ „ 1933 — 9042 „

Z zestawienia tego widać, że definitywny odpływ chorych stopniowo i stale, choć nieznacznie, zmniejszał się, podobnie zresztą jak i przypływ, co związane jest zapewne z warunkami gospodarczemi i umieszczaniem chorych w zakładach tylko w cięższych przypadkach.

WYNIKI LECZENIA CHORYCH.

Po uwzględnieniu cyfry czystego odpływu chorych zanotowano w odsetkach następujące wyniki leczenia wśród chorych wypisanych:

rok:	1930	1931	1932	1933
	%	%	%	%
Dodatnie wyniki leczenia . . . . (grupa zdrowych i wypisanych z poprawą)	46,61	52,31	47,78	51,53
Obojętne wyniki leczenia . . . . (grupa wypisanych bez poprawy)	40,87	34,27	39,75	35.23
Ujemne wyniki leczenia . . . . (grupa zmarłych)	12,52	13,42	12,47	13,24

Wyniki te naogół niewiele się różnią od wyników, wykazanych w poprzednich sprawozdaniach (W. Łuniewski), jedynie procent zmarłych w porównaniu z r. 1929 (14,4%) nieznacznie zmniejszył się.

Szczegółowe dane, dotyczące wyników leczenia chorych w zakładach psychjatrycznych, z równoczesnym podziałem chorych według rozpoznań psychjatrycznych przedstawia tablica IV. Na podstawie zaś cyfr, obrazujących te wyniki (pobytu chorych w zakładach przy uwzględnieniu postaci chorobowych), ułożyliśmy następujące zestawienie. w którem obok odsetka wyników dodatnich podajemy także odsetek wyników ujemnych (zejść śmiertelnych).

	1930 r.		1931 r.		1932 r.		1933 r.	
	W		Y		N		I	K
RODZAJ CHOROBY	dodatni	ujemny	dodatni	ujemny	dodatni	ujemny	dodatni	ujemny
	%	%	%	%	%	%	%	%
Niedorozwój umysłowy . .	22,28	11,85	34,62	11,60	13,24	2,98	34,03	8,71
Psychopatja ustrojowa . .	45,64	2,13	55,64	2,30	41,17	1,96	49,39	0,93
Padaczka	52,64	20,82	24,92	32,29	25,67	12,36	35,09	12,74
Zab. psych. po uraz. oraz cierp. ognisk. mózg. . .	24,33	10,10	36,64	20,55	43,75	17,97	38,93	16,03
Psychozy na tle miażdżycy i przem. wstecznych . .	29,34	23,07	43,95	23,02	29,87	30,55	34,03	27,50
Psych. pochodz. zakaźnego	52,56	23,40	40,74	30,00	42,24	31,03	58,82	33,82
Zaburz. psych. pośpiączk.	19,49	15,25	59,99	18,18	36,84	15,78	25,56	12,78
Psychozy alkoholowe . .	50,00	0,98	65,93	1,21	75,09	6,71	67,00	4,00
Zab. psych. przy innych zatruciach zewnątrz pochodn.	67,66	6,01	57,89	10,52	65,43	7,40	84,65	1,53
Zaburz. psych. na tle zatruć wewnątrz pochodnych . .	68,24	11,84	64,03	8,51	65,85	15.44	57,32	21,65
Porażenie postępujące . .	38,86	29,58	28,52	30,28	40,62	23,13	43,10	36,06
Inne psych. poch. kiłowego	37,63	30,10	35,40	15,73	43,60	19,54	33,33	25,20
Schizofrenja	46,84	5,79	47,53	8,65	40,71	9,88	36,38	9,11
Paranoia i parafrenja . .	21,14	43,42	50,00	20,56	67,42	2,85	68,79	7,00
Psych. manjak. depres. .	54,45	8,90	62,55	8,37	62,51	7,32	63,66	5,82
Psychozy reaktywne . . .	61,85	4,44	53,59	9,47	67,01	4,91	49,68	4,68
Przypadki inne i nierozp. .	44,36	12,00	47,76	6,70	55,78	5,91	25,14	6,28

Przy rozpatrywaniu powyższego zestawienia uderza stały wzrost wyników dodatnich w niedorozwoju umysłowym, w zaburzeniach psychicznych po urazach oraz przy ogniskowych cierpieniach mózgu, w psychozach na tle miażdżycy, psychozach alkoholowych, przy zaburzeniach psychicznych na tle zatruć zewnątrzpochodnych, w paranoi i parafrenji, psychozach manjakalno-depresyjnych, w zaburzeniach psychicznych pośpiączkowych, porażeniu postępującem itd. Największy wzrost wyników dodatnich wykazują: zaburzenia psychiczne na tle zatruć zewnątrzpochodnych, psychozy alkoholowe, psychozy manjakalno-depresyjne, psychozy pochodzenia zakaźnego, psychopatja ustrojowa i t. d. Stały zaś spadek wyników dodatnich leczenia w naszym okresie sprawozdawczym wykazuje

schizofrenja (około 10%), zaburzenia psychiczne na tle zatruć wewnątrzpochodnych i padaczka. Najniższe wyniki dodatnie wykazują: zaburzenia psychiczne pośpiączkowe, psychozy pochodzenia kiłowego, psychozy na tle miażdżycy — a więc psychoży pochodzenia organicznego.

Co do wyników ujemnych leczenia (śmiertelnych), to ze wzrostem odsetka spotykamy się w psychozach pochodzenia zakaźnego (wzrost około 10%), w zaburzeniach psychicznych na tle zatruć wewnątrzpochodnych (około 10%), w porażeniu postępującem, zaburzeniach psychicznych przy ogniskowych cierpieniach mózgu, psychozach alkoholowych i schizofrenji, co zapewne związane jest ze wzrostem leczenia tej ostatniej metodami gorączkowemi (malarja). Największy odsetek wypadków śmiertelnych wykazuje porażenie postępujące i inne psychozy pochodzenia kiłowego, co również zapewne wiąże się z powszechnem stosowaniem metod leczniczych gorączkowych, oraz psychozy na tle miażdżycy. Najniższy odsetek wypadków śmiertelnych wykazuje psychopatja ustrojowa, psychozy pochodzenia zakaźnego, alkoholowe, reaktywne i psychozy manjakalno depresyjne.

W porównaniu z cyframi, zawartemi w sprawozdaniu (W. Łuniewskiego) za rok 1929, uderza w naszem sprawozdaniu wzrost wyników dodatnich w leczeniu niedorozwoju umysłowem (o 10%), w padaczce (o 8%) i psychozach pochodzenia zakaźnego (o 4%); spadek zaś wyników dodatnich obserwujemy w paranoi i parafrenji (o 32%), co dla nas jest zupełnie niezrozumiałe, w psychozach alkoholowych (o 24%), psychozach reaktywnych (o 18%), psychozach pochodzenia kiłowego (o 10%) oraz w zaburzeniach psychicznych na tle zatruć zewnątrzpochodnych (o 16%) i wewnątrzpochodnych (o 12%). W grupie wyników ujemnych w porownaniu ze sprawozdaniem z r. 1929 obserwujemy w naszem sprawozdaniu wzrost odsetka wyników śmiertelnych w paranoi i parafrenji z 1,5% (1929 r.) do 43,42% (1930 r.), co również nie jest dla nas zupełnie jasne i zrozumiałe; poza tem obserwujemy wzrost tego odsetka w zaburzeniach psychicznych na tle zatruć zewnątpochodnych (o 5%), w psychozach reaktywnych (o 1,5%) i w psychozach manjakalno-depresyjnych (o 2,80%). Spadek zaś odsetka śmiertelności znajdujemy w naszem sprawozdaniu w psychozach pochodzenia zakaźnego (około 11%), psychozach alkoholowych (4,18%), schizofrenji (6%) i w zaburzeniach psychicznych na tle zatruć wewnątrzpochodnych (21%). Inne wyniki leczenia zakłado-

wego w naszem sprawozdaniu nie różnią się zbytnio od wyników leczenia, osiągniętych 1929 r.

CZAS POBYTU CHORYCH W ZAKŁADACH.

Szczegółowe dane o czasie pobytu chorych w zakładach ilustruje nam tablica V. W ogólnych zaś zarysach czas pobytu chorych w zakładach wyglądał następująco:

	r. 1930	r. 1931	r. 1932	r. 1933
	%	%	%	%
Od 1 dnia do 7 dni	10,99	8,20	9,35	10,67
„ 8 dni „ 30 „	23,46	23,05	21,59	21,77
„ 1 mies. do 3 mies.	25,08	25,84	22,50	24,64
„ 3 mies. do 6 mies.	13,50	14,30	11,74	12,46
„ 6 mies. do 12 mies.	9,84	11,43	8,93	8,78
„ 1 roku do 2 lat	6,08	5,72	9,02	8,47
„ 2 lat do 5 lat	6,92	6,36	7,01	6,83
„ 5 lat do 10 lat	3,42	4,39	5,37	4,79
„ 10 lat i wyżej	0,71	0,71	1,86	1,59
Brak ścisłych danych	—	—	2,63	—

Podobnie jak w roku 1929 przeszło połowa naszych chorych opuszczała zakłady psychjatryczne przed upływem trzech miesięcy (59,53 — 57,09 — 53,34 — 57,08%); przed upływem 6 miesięcy opuściło zakłady 73,03 — 71,39 — 65,18 — 69,54%, a przed upływem jednego roku — 82,87 — 82,82 — 74,11 — 78,32% chorych na ogólną liczbę wypisanych. Reszta chorych opuszczała zakłady przeważnie po dłuższym pobycie, przyczem w ostatnich latach daje się zauważyć wzrost wypisywania chorych, przebywających od szeregu lat w zakładach, np. odsetek chorych, wypisanych po 5-letnim pobycie w zakładzie wzrasta z 3,32% (1929 r.) do 5,37 — 4,79% (1932 i 1933).

Przy porównywaniu czasu pobytu chorych mężczyzn i kobiet w zakładach zwraca uwagę naogół dłuższy czas pobytu kobiet, przyczem w okresie do 7-miu dni wypisuje się ich przez wszystkie lata prawie o połowę mniej, niż mężczyzn. Potem w okresie od 8 dni do 3-ch miesięcy liczba kobiet wyraźnie wzrasta, jednak jest nadal mniejszą od liczby wypisanych w tym czasie mężczyzn. Wreszcie od 3-ch miesięcy pobytu zaczyna stale przeważać liczba chorych kobiet nad liczbą mężczyzn, co jest zwłaszcza uderzające przy pobycie kilkuletnim.

Brak ścisłych danych co do czasu pobytu 271 chorych (t. j. 2,63% ogółem w tym czasie wypisanych) w r. 1932 powstał naskutek nieścisłości wykazów niektórych zakładów w odnośnej części sprawozdań.

PRZYCZYNY ZEJŚĆ ŚMIERTELNYCH.

Szczegółowe dane, dotyczące tej sprawy, ilustruje tablica VI; wogóle zaś przyczyną zgonów wśród chorych psychicznie były choroby objęte następującemi grupami:

		1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
I.	Choroby ośrodkowego układu nerwowego.	376 przyp. (30,34%)	326 przyp. (26,10%)	323 przyp. (27,91%)	330 przyp. (27,57%)
II.	Choroby narządów wewn. łącznie z gruźlicą	744 przyp. (60,04%)	801 przyp. (64,13%)	722 przyp. (62,41%)	754 przyp. (62,99%)
III.	Ostre choroby zakaźne	76 przyp. (6,13%)	98 przyp. (7,85%)	98 przyp. (8,47%)	87 przyp. (7,26%)
IV.	Nieszczęśliwe przypadki i samobójstwa	10 przyp. (0,81%)	9 przyp. (0,72%)	8 przyp. (0,69%)	9 przyp. (0,75%)
V.	Przyczyna nieustalona	33 przyp. (2,68%)	15 przyp. (1,20%)	6 przyp. (0,52%)	17 przyp. (1,42%)

W porównaniu z wynikami badań nad przyczynami śmiertelności wśród chorych naszych zakładów psychjatrycznych z wynikami, podanemi w 2 poprzednich sprawozdaniach, otrzymujemy w naszem sprawozdaniu — poza nieznacznym wzrostem odsetka w grupie chorób ośrodkowego układu nerwowego, ostrych chorób zakaźnych i nieszczęśliwych wypadków oraz spadkiem odsetka w grupie chorób narządów wewnętrznych — obraz bardzo podobny do stosunków procentowych w latach poprzednich.

TABLICA I. ROK SPRAW. 1930.

PODZIAŁ CHORYCH W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM PODŁUG ROZPOZNANIA I WYZNANIA.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Rz. kat.		Gr. kat.		Ewangel.		Prawosł.		Izraelici		In. w. i n.		Razem	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	405	159	12	6	10	5	23	1	65	30	13	3	528	204
2	Psychopatja ustrojowa	404	165	11	4	8	6	15	4	38	28	3	2	479	209
3	Padaczka	295	132	21	8	5	3	16	4	32	25	2	1	371	173
4	Zab. psych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	186	36	7	5	4	2	11	2	16	16	—	—	224	61
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	124	203	13	9	6	5	3	8	30	48	4	2	180	275
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	15	47	6	7	2	2	4	—	3	4	—	—	30	60
7	Zaburzenia psychicz. pośpiączkowe	61	29	11	5	2	1	1	5	8	6	4	3	87	49
8	Psychozy alkoholowe	427	24	15	6	12	2	17	—	6	10	3	5	480	47
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	81	20	6	4	2	1	1	2	4	5	3	2	97	34
10	Zab. psych. na tle zatruć wew. pochod.	114	77	7	5	2	3	1	5	2	11	6	2	132	103
11	Porażenie postępujące	573	209	34	11	18	6	32	13	112	18	3	8	772	265
12	Inne psych. pochodz. kiłowego	145	70	3	2	3	2	—	—	9	6	2	—	162	80
13	Schizophrenia	1244	1037	118	91	43	75	79	50	671	834	7	6	2162	2093
14	Paranoia i paraphrenia	67	51	2	1	1	1	5	2	19	20	—	—	94	75
15	Psych. manjak. depres.	153	297	11	17	6	12	11	9	92	152	1	3	274	490
16	Psych. reaktywne	104	123	1	—	3	2	7	2	16	23	2	—	133	150
17	Przypad. inne i nierozpoznane	353	242	5	7	2	6	4	1	26	38	2	—	392	294
18	Osoby uznane za zdrowe	30	14	3	—	2	1	4	1	10	3	1	—	50	19
		4781	2935	288	188	131	135	234	109	1159	1277	56	37	6647	4681

TABLICA I. ROK SPRAW. 1931.

PODZIAŁ CHORYCH W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM PODŁUG ROZPOZNANIA I WYZNANIA.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Rz. kat.		Gr. kat.		Ewangel.		Prawosł.		Izraelici		In. w. i n.		Razem	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	287	124	22	3	13	8	28	3	59	28	6	4	415	170
2	Psychopatja ustrojowa	311	155	38	5	5	7	5	3	36	27	5	2	400	199
3	Padaczka	310	131	21	4	4	3	16	2	34	17	7	2	392	159
4	Zab. pych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	80	41	1	2	6	1	1	—	5	6	2	1	95	50
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	156	189	7	2	12	15	4	5	31	62	3	4	213	277
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	35	49	1	2	—	3	2	—	5	5	2	1	45	61
7	Zab. psych. pośpiączkowe	62	23	—	2	1	4	4	1	15	4	—	—	82	34
8	Psychozy alkoholowe	254	20	2	—	12	—	4	—	3	—	1	—	276	20
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	87	18	—	—	2	—	—	—	3	6	4	—	96	24
10	Zab. psych. na tle zatr. wew. pochod.	24	88	—	5	—	2	—	4	4	19	—	—	28	118
11	Porażenie postępujące	686	218	36	9	25	10	22	5	110	12	5	1	884	255
12	Inne psychozy pochodz. kiłowego	86	43	2	1	2	2	1	1	10	2	1	—	102	49
13	Schizophrenia	1230	1180	120	63	45	45	75	36	630	773	18	14	2119	2111
14	Paranoia i paraphrenia	41	49	—	3	—	5	1	4	13	14	—	—	55	75
15	Psych. manjak. depres.	159	219	2	7	10	13	7	6	58	128	2	2	238	375
16	Psych. reaktywne	98	137	2	3	4	7	8	5	18	32	6	1	126	185
17	Przypad. inne i nierozpoznane	288	163	36	5	4	2	1	2	45	44	2	1	376	217
18	Osoby uznane za zdrowe.	181	7	38	—	2	—	3	—	14	1	—	—	238	8
19	Brak danych	213	—	—	—	13	—	27	—	43	—	1	—	297	—
		4588	2854	328	116	160	127	209	77	1126	1180	65	33	6477	4387

TABLICA I. ROK SPRAW. 1932.

PODZIAŁ CHORYCH W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM PODŁUG WYZNANIA I ROZPOZNANIA.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Rz. kat.		Gr. kat.		Ewangel.		Prawosł.		Izraelici		In. w. i n.		Razem	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	273	117	38	6	12	6	34	2	66	25	3	2	426	158
2	Psychopatja ustrojowa	318	137	31	3	6	7	11	1	59	42	3	1	429	191
3	Padaczka	292	123	46	5	15	1	26	3	36	21	1	1	416	154
4	Zab. pych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	70	12	3	4	3	—	1	1	2	4	1	—	80	21
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	98	209	4	2	7	16	6	4	26	43	—	1	141	275
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	25	50	2	1	1	—	3	2	—	6	2	—	33	59
7	Zab. psych. pośpiączkowe	46	25	3	1	1	1	8	1	14	3	—	—	72	31
8	Psychozy alkoholowe	185	15	2	—	4	—	3	—	2	—	—	—	196	15
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	49	28	1	—	2	—	—	—	1	3	1	—	54	31
10	Zab. psych. na tle zatr. wew. pochod.	14	78	—	5	1	3	1	1	6	14	—	—	22	101
11	Porażenie postępujące	654	147	26	11	26	12	27	3	55	15	6	1	794	189
12	Inne psychozy pochodz. kiłowego	74	27	—	1	3	4	2	7	7	23	1	3	87	65
13	Schizophrenia	1151	1162	136	89	50	60	66	43	510	577	15	13	1928	1938
14	Paranoia i paraphrenia	46	76	—	—	3	2	2	3	7	7	1	1	59	89
15	Psych. manjak. depres.	122	174	8	10	7	11	4	9	92	135	—	1	233	340
16	Psych. reaktywne	93	119	9	5	6	11	4	—	44	34	—	1	156	169
17	Przypad. inne i nierozpoznane	515	168	26	4	12	4	4	2	59	26	3	1	619	205
18	Osoby uznane za zdrowe.	120	14	13	—	4	1	5	—	17	1	—	—	159	16
19	Brak danych	180	122	20	—	13	—	39	—	2	3	7	1	261	126
		4325	2803	369	141	176	139	246	82	1005	982	44	26	6165	4173

TABLICA I. ROK SPRAW. 1933.

PODZIAŁ CHORYCH W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM PODŁUG ROZPOZNANIA I WYZNANIA.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Rz. kat.		Gr. kat.		Ewangel.		Prawosł.		Izraelici		In. w. i n.		Razem	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	599	140	83	6	24	5	27	4	96	52	8	8	837	215
2	Psychopatja ustrojowa	408	176	33	2	15	2	16	4	43	37	2	3	517	224
3	Padaczka	355	239	30	5	19	7	24	2	39	28	4	2	471	283
4	Zab. psych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	72	22	4	1	—	2	—	3	10	4	—	1	86	33
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	123	321	10	8	5	9	2	6	26	82	8	9	174	435
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	21	24	3	1	1	6	—	3	4	11	—	—	29	45
7	Zaburzenia psychicz. pośpiączkowe	66	16	4	—	3	2	5	1	29	6	2	1	109	26
8	Psychozy alkoholowe	210	1	49	—	14	—	8	—	—	—	3	—	284	1
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	157	33	1	—	10	—	—	1	14	2	—	—	182	36
10	Zab. psych. na tle zatruć wew. pochod.	69	117	1	3	4	4	—	6	5	11	—	—	79	141
11	Porażenie postępujące	741	169	38	16	24	9	27	11	77	14	6	2	913	221
12	Inne psych. pochodz. kiłowego	46	10	4	—	1	1	2	5	7	6	—	—	60	22
13	Schizophrenia	1431	1143	142	97	46	63	84	46	724	748	45	52	2472	2149
14	Paranoia i paraphrenia	49	45	1	1	7	9	6	4	12	16	—	—	75	75
15	Psych. manjak. depres.	125	158	10	2	17	7	12	3	57	106	4	6	225	282
16	Psych. reaktywne	83	88	8	4	16	6	6	1	31	28	—	—	144	127
17	Przypad. inne i nierozpoznane	385	245	38	7	12	10	3	7	59	27	9	11	506	307
18	Osoby uznane za zdrowe	192	5	9	—	11	—	9	—	18	—	—	—	239	5
		5124	2952	468	153	229	142	231	107	1251	1178	91	95	7394	4627

TABLICA II.

PODZIAŁ CHORYCH PRZYBYŁYCH DO ZAKŁADÓW PODŁUG STANU CYWILNEGO.

Rok spraw.	Stan cywilny	M.	K.	Razem	M. %	K. %	Razem %
1930	Kawalerowie i panny	3741	2373	6114	56,28	50,69	53,97
	Żonaci i mężatki	2682	1798	4480	40,35	38,41	39,55
	Wdowcy i wdowy	159	370	529	2,39	7,90	4,67
	Rozwiedzeni	44	61	105	0,66	1,31	0,93
	Niewiadomo	21	79	100	0,32	1,60	0,88
		6647	4681	11328			
1931	Kawalerowie i panny	3504	2261	5765	54,09	51,54	53,04
	Żonaci i mężatki	2637	1600	4237	40,71	36,47	39,06
	Wdowcy i wdowy	159	389	548	2,45	8,87	5,03
	Rozwiedzeni	39	63	102	0,60	1,43	0,93
	Niewiadomo	138	74	212	2,15	1,69	1,94
		6647	4387	10864			
1932	Kawalerowie i panny	3591	2154	5745	58,25	51,62	55,57
	Żonaci i mężatki	2326	1530	3856	37,73	36,66	37,30
	Wdowcy i wdowy	116	355	471	1,88	8,51	4,56
	Rozwiedzeni	40	45	85	0,65	1,08	0,82
	Niewiadomo	92	89	181	1,49	2,13	1,75
		6165	4173	10338			
1933	Kawalerowie i panny	4350	2344	6694	58,84	50,65	55,69
	Żonaci i mężatki	2722	1703	4425	36,82	36,81	36,81
	Wdowcy i wdowy	142	391	533	1,92	8,45	4,43
	Rozwiedzeni	42	49	91	0,56	1,05	0,76
	Niewiadomo	138	140	278	1,86	3,03	2,31
		7394	4627	12021			

TABLICA III.

PODZIAŁ CHORYCH PRZYJĘTYCH DO ZAKŁADÓW W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM PODŁUG WYKSZTAŁCENIA.

Rok spraw.	Wykształcenie	M.	K.	Razem	M. %	K. %	Razem %
1930	Analfabeci	630	525	1155	9,48	11,22	10,20
	Umiejący czytać	222	122	344	3,34	2,61	3,04
	„ „ i pisać	1178	939	2117	17,72	20,05	18,68
	Elementarne	2794	2005	4799	42,03	42,83	42,36
	Średnie	709	493	1202	10,67	10,52	10,62
	Wyższe	247	69	316	3,72	1,47	2,79
	Niewiadomo	867	528	1395	13,04	11,28	12,31
		6647	4681	11328			
1931	Analfabeci	575	481	1056	8,88	10,96	9,12
	Umiejący czytać	345	189	534	5,33	4,31	4,91
	„ „ i pisać	1184	748	1932	18,28	17,05	17,78
	Elementarne	2994	2089	5083	46,22	47,62	46,79
	Średnie	768	618	1386	11,86	14,09	12,76
	Wyższe	320	83	403	4,94	1,89	3,71
	Niewiadomo	291	179	470	4,49	4,08	4,33
		6477	4387	10864			
1932	Analfabeci	529	419	948	8,58	10,04	9,17
	Umiejący czytać	242	187	429	3,93	4,48	4,15
	„ „ i pisać	1060	706	1766	17,19	16,92	17,08
	Elementarne	2696	2029	4725	43,73	48,63	45,72
	Średnie	694	437	1131	11,26	10,47	10,94
	Wyższe	252	45	297	4,09	1,08	2,87
	Niewiadomo	692	350	1042	11,22	8,38	10,07
		6165	4173	10338			
1933	Analfabeci	714	624	1338	9,66	13,49	11,13
	Umiejący czytać	320	204	524	4,33	4,41	4,35
	„ „ i pisać	1383	830	2213	18,70	17,93	18,41
	Elementarne	3551	2168	5719	48,04	46,86	47,58
	Średnie	807	486	1293	10,91	10,50	10,76
	Wyższe	292	60	352	3,95	1,29	2,93
	Niewiadomo	327	255	582	4,41	5,52	4,84
		7394	4627	12021			

TABLICA IV. ROK SPRAW. 1930.

WYNIKI POBYTU W ZAKŁADACH ŁĄCZNIE Z ROZPOZNANIEM.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą		Bez poprawy		Przenies. do innych szpit.		Zmarli		Ogółem ubyło		
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem
1	Niedorozwój umysłowy	50	13	51	42	285	79	48	13	35	48	514	186	700
2	Psychopatja ustrojowa	1	15	172	66	269	60	17	22	—	12	379	183	562
3	Padaczka	60	8	251	50	259	30	43	28	76	71	537	164	701
4	Zab. psych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu . . .	11	1	33	10	30	16	3	6	10	13	187	39	226
5	Psych. na tle miażd. i przem. wsteczn.	11	23	70	75	33	97	12	31	65	41	171	284	455
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	3	8	9	21	2	5	6	2	7	16	27	51	78
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	4	1	13	5	48	22	2	4	8	10	75	43	118
8	Psychozy alkoholowe	69	1	202	31	107	12	13	11	5	1	570	36	606
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. poch. . . .	15	3	55	17	16	12	2	1	8	—	99	34	133
10	Zab. psych. na tle zatruć wew. poch.	79	2	21	42	2	17	15	8	11	14	128	83	211
11	Porażenie postępujące	12	8	261	96	152	65	54	35	219	68	705	265	970
12	Inne psychozy pochodz. kiłowego	1	6	13	15	6	10	3	11	2	26	25	68	93
13	Schizophrenia	42	5	978	930	762	722	208	183	130	112	2151	2022	4173
14	Paranoia i paraphrenia	13	19	4	1	5	2	8	14	44	32	95	80	175
15	Psychozy manjak. depres.	16	13	152	192	55	96	28	76	16	45	272	413	685
16	Psychozy reaktywne	10	15	38	104	39	43	9	10	5	7	131	139	270
17	Przypadki inne i nierozpoznane	11	12	195	85	148	107	15	53	39	43	383	300	683
18	Osoby uznane za zdrowe	12	2	32	6	130	3	12	2	—	—	47	20	67
		420	155	2550	1788	2348	1398	498	510	680	559	6496	4410	10906

TABLICA IV. ROK SPRAW. 1931.

WYNIKI POBYTU W ZAKŁADACH ŁĄCZNIE Z ROZPOZNANIEM.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą		Bez poprawy		Przenies. do innych szpit.		Zmarli		Ogółem ubyło		
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem
1	Niedorozwój umysłowy	11	2	145	20	207	31	53	11	31	32	447	96	543
2	Psychopatja ustrojowa	—	8	128	298	298	53	12	19	3	15	557	223	780
3	Padaczka	13	3	20	52	68	33	19	31	30	84	150	203	353
4	Zab. psych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	5	2	63	37	86	10	25	4	48	12	227	65	292
5	Psych. na tle miażd. i przem. wsteczn.	7	16	94	72	29	69	16	28	61	38	207	223	430
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	2	5	21	5	4	7	5	5	9	18	41	40	81
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	1	—	20	5	39	14	3	8	12	8	75	35	110
8	Psychozy alkoholowe	45	3	184	39	96	5	19	15	3	2	347	64	411
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. poch.	8	4	46	8	11	8	4	3	11	1	90	24	114
10	Zab. psych. na tle zatruć wew. poch.	53	7	66	77	23	31	21	12	15	12	178	139	317
11	Porażenie postępujące	4	—	210	27	207	29	93	19	203	53	717	128	845
12	Inne psychozy pochodz. kiłowego	—	—	92	16	104	17	24	4	36	12	256	49	305
13	Schizophrenia	29	11	847	952	621	644	202	236	149	186	1838	2031	3869
14	Paranoia i paraphrenia	10	5	35	20	14	10	11	7	21	8	91	50	141
15	Psychozy manjak. depres.	6	8	250	289	98	68	24	69	23	51	401	483	884
16	Psychozy reaktywne	5	12	63	84	31	47	17	18	14	15	130	176	306
17	Przypadki inne i nierozpoznane	7	4	143	81	122	56	19	27	21	12	312	180	492
18	Osoby uznane za zdrowe	109	10	—	—	—	—	—	—	—	—	109	10	119
		315	100	2543	1912	2058	1132	567	516	690	559	6173	4219	10392

TABLICA IV. **ROK SPRAW. 1932.**

WYNIKI POBYTU W ZAKŁADACH ŁĄCZNIE Z ROZPOZNANIEM.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą		Bez poprawy		Przenies. do innych szpit.		Zmarli		Ogółem ubyło		
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem
1	Niedorozwój umysłowy	—	—	51	38	390	91	32	23	22	25	495	177	672
2	Psychopatja ustrojowa	26	46	146	55	289	60	17	11	6	7	484	179	663
3	Padaczka	5	2	93	62	245	71	47	28	50	28	440	191	631
4	Zab. pych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	2	3	37	14	34	6	5	4	18	5	96	32	128
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	2	5	40	83	54	72	8	11	47	74	151	245	396
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	5	13	8	23	11	17	2	1	12	24	38	78	116
7	Zab. psych. pośpiączkowe	—	—	23	16	50	14	5	4	10	11	88	45	133
8	Psychozy alkoholowe	33	1	139	17	31	5	9	1	14	3	226	27	253
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	11	3	24	15	15	5	—	2	4	2	54	27	81
10	Zab. psych. na tle zatr. wew. pochod.	11	19	8	43	8	12	1	2	9	10	37	86	123
11	Porażenie postępujące	70	3	312	68	248	61	55	35	203	55	889	226	1115
12	Inne psychozy pochodz. kiłowego	4	—	37	17	27	12	8	2	20	6	96	37	133
13	Schizophrenia	46	98	689	658	667	625	241	272	152	210	1798	1864	3662
14	Paranoia i paraphrenia	3	3	28	34	44	31	9	18	3	2	87	88	175
15	Psych. manjak. depres.	47	53	142	185	67	90	20	28	21	29	298	385	683
16	Psych. reaktywne	31	34	65	61	24	31	6	19	6	8	132	153	285
17	Przypad. inne i nierozpoznane	45	7	316	85	190	85	12	24	32	16	595	217	812
18	Osoby uznane za zdrowe.	171	13	7	2	12	4	—	—	1	—	191	19	210
19	Brak danych	—	—	—	—	—	—	—	—	14	5	19	—	19
		512	303	2165	1476	2416	1292	485	477	637	520	6214	4076	10290

TABLICA IV. ROK SPRAW. 1933.

WYNIKI POBYTU W ZAKŁADACH ŁĄCZNIE Z ROZPOZNANIEM.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą		Bez poprawy		Przenies. do innych szpit.		Zmarli		Ogółem ubyło		
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem
1	Niedorozwój umysłowy	53	6	207	27	296	71	94	32	47	28	697	164	861
2	Psychopatja ustrojowa	23	2	211	134	189	78	70	35	2	5	495	254	749
3	Padaczka	30	5	94	83	153	55	78	29	46	31	401	203	604
4	Zab. psych. po uraz. i cierp. ogn. mózgu	4	1	33	13	31	10	14	4	11	10	93	38	131
5	Psych. na tle miażdż. i przem. wsteczn.	10	8	62	97	32	106	11	51	52	91	167	353	520
6	Psych. pochodzenia zakaźnego	—	1	5	31	3	5	—	—	6	17	14	54	68
7	Zaburzenia psychicz. pośpiączkowe	4	—	22	8	43	12	19	8	10	7	98	35	133
8	Psychozy alkoholowe	49	—	144	8	60	4	27	—	12	—	288	12	300
9	Zab. psych. przy innych zatr. zew. pochod.	1	—	124	35	18	2	6	—	3	—	152	37	189
10	Zab. psych. na tle zatruć wew. pochod.	1	2	28	59	6	20	—	7	7	27	42	115	157
11	Porażenie postępujące	7	4	379	88	197	54	62	22	239	61	880	229	1109
12	Inne psych. pochodz. kiłowego	1	1	29	10	32	11	6	2	17	14	85	38	123
13	Schizophrenia	98	73	614	696	612	581	565	465	164	207	2053	2017	4070
14	Paranoia i paraphrenia	1	—	33	64	30	8	7	3	5	6	76	81	157
15	Psych. manjak. depres.	10	2	140	209	51	76	20	31	11	22	232	335	567
16	Psych. reaktywne	9	4	49	97	78	27	32	9	8	7	176	144	320
17	Przypad. inne i nierozpoznane	18	7	31	120	153	82	172	73	24	20	398	302	700
18	Osoby uznane za zdrowe	240	16	—	—	—	—	—	—	—	—	240	16	256
		559	132	2189	1779	1984	1202	1183	771	664	533	6579	4417	10996

TABLICA V.

CZAS POBYTU CHORYCH, KTÓRZY OPUŚCILI ZAKŁADY.

Rok spraw.	Czas pobytu	M.	K.	Razem	M. %	K. %	Razem %
1930	od 1 dnia do 7 dni	869	329	1198	13,37	7,46	10,99
	„ 8 „ „ 30 „	1581	977	2558	24,34	22,15	23,46
	„ 1 mies. „ 3 mies.	1657	1078	2735	25,51	24,45	25,08
	„ 3 „ „ 6 „	784	689	1473	12,08	15,62	13,50
	„ 6 „ „ 12 „	578	496	1074	8,89	11,25	9,84
	„ 1 roku „ 2 lat	369	293	662	5,68	6,64	6,08
	„ 2 lat „ 5 „	406	349	755	6,26	7,91	6,92
	„ 5 „ „ 10 „	217	156	373	3,34	3,54	3,42
	„ 10 „ i wyżej	35	43	78	0,53	0,98	0,71
		6496	4410	10906			
1931	od 1 dnia do 7 dni	625	227	852	10,12	5,38	8,20
	„ 8 „ „ 30 „	1543	852	2395	24,99	20,20	23,05
	„ 1 mies. „ 3 mies.	1570	1115	2685	25,44	26,43	25,84
	„ 3 „ „ 6 „	831	656	1487	13,47	15,55	14,30
	„ 6 „ „ 12 „	651	537	1188	10,55	12,73	11,43
	„ 1 roku „ 2 lat	307	287	594	4,97	6,80	5,72
	„ 2 lat „ 5 „	365	296	661	5,91	7,01	6,36
	„ 5 „ „ 10 „	245	211	456	3,97	5,00	4,39
	„ 10 „ i wyżej	36	38	74	0,58	0,90	0,71
		6173	4219	10392			
1932	od 1 dnia do 7 dni	727	235	962	11,70	5,77	9,35
	„ 8 dni „ 30 „	1429	793	2222	23,00	19,47	21,59
	„ 1 mies. „ 3 mies.	1439	876	2315	23,15	21,49	22,50
	„ 3 „ „ 6 „	638	570	1208	10,27	13,98	11,74
	„ 6 „ „ 12 „	505	414	919	8,13	10,15	8,93
	„ 1 roku „ 2 lat	537	391	928	8,64	9,59	9,02
	„ 2 lat „ 5 „	381	340	721	6,13	8,35	7,01
	„ 5 „ „ 10 „	269	284	553	4,33	6,96	5,37
	„ 10 „ i wyżej	104	87	191	1,67	2,13	1,86
	brak danych	185	86	271	2,98	2,11	2,63
		6214	4076	10290			
1933	od 1 dnia do 7 dni	872	302	1174	13,25	6,83	10,67
	„ 8 „ „ 30 „	1579	815	2394	24,02	18,45	21,77
	„ 1 mies. „ 3 mies.	1698	1012	2710	25,81	22,92	24,64
	„ 3 „ „ 6 „	752	617	1369	11,43	13,97	12,46
	„ 6 „ „ 12 „	483	482	965	7,34	10,92	8,78
	„ 1 roku „ 2 lat	526	405	931	7,99	9,16	8,47
	„ 2 lat „ 5 „	371	380	751	5,64	8,61	6,83
	„ 5 „ „ 10 „	215	312	527	3,26	7,06	4,79
	„ 10 „ i wyżej	83	92	175	1,26	2,08	1,59
		6579	4417	10996			

TABL. VI. PRZYCZYNY ZEJŚĆ ŚMIERTELNYCH W ZAKŁADACH W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM.

L. p.	NAZWA CHOROBY	1930			1931			1932			1933		
		M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
1	Zapalenia mózgowia i opon	16	15	31	13	8	21	11	14	25	18	6	24
2	Krwotok mózgu	24	13	37	21	15	36	24	14	38	17	11	28
3	Nowotwory i ropnie mózgu	8	5	13	11	8	19	8	4	12	9	10	19
4	Kiła mózgu i rdzenia	13	8	21	6	3	9	10	3	13	6	5	11
5	Porażenie postęp.	108	29	137	102	28	130	108	39	147	133	35	168
6	Uwiąd starczy i wyniszczenie	38	64	102	33	45	78	31	35	66	21	48	69
7	Stan padaczkowy	18	17	35	19	14	33	15	7	22	6	5	11
8	Choroby serca i narządów krążenia	107	103	210	122	123	245	102	92	194	111	136	247
9	Cierpienia płuc i opłucnej z wyj. gruźlicy	115	78	193	114	66	180	121	64	185	109	67	176
10	Gruźlica płuc i innych narządów	130	134	264	123	158	281	116	161	277	129	142	271
11	Sprawy zapaln. narządów trawiennych	17	5	22	15	17	32	9	11	20	8	3	11
12	Choroby nerek, mocznica	7	11	18	6	8	14	4	5	9	3	3	6
13	Choroby wątroby i dróg żółciowych	—	2	2	1	—	1	2	2	4	—	1	1
14	Wrzód żołądka i zapalenie otrzewnej	6	2	8	9	4	13	5	4	9	9	3	12
15	Nowotwory narządów wewnętrznych	6	5	11	5	4	9	5	14	19	12	10	22
16	Niedrożność, skręt jelit	2	1	3	16	1	17	—	1	1	1	—	1
17	Cukrzyca	1	1	2	1	2	3	—	2	2	1	1	2
18	Posocznica-ropnica	24	38	62	40	31	71	31	36	67	40	19	59
19	Róża	2	3	5	7	7	14	11	3	14	3	4	7
20	Szkarlatyna, dyfterja	1	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—
21	Grypa, angina	—	2	2	1	2	3	1	—	1	5	4	9
22	Czerwonka	—	—	—	—	2	2	3	2	5	3	1	4
23	Dur brzuszny i plamisty	3	2	5	2	2	4	5	3	8	1	1	2
24	Wścieklizna	1	—	1	2	—	2	2	1	3	5	1	6
25	Zatrucia zewn. i wewn. pochodne	2	6	8	4	2	6	2	—	2	—	1	1
26	Niedokrwistość złośliwa	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	1	2
27	Pęknięcia śledziony po malarji	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2
28	Nieszczęśliwe przypadki	2	1	3	3	—	3	3	—	3	4	2	6
29	Samobójstwa	6	1	7	4	2	6	5	—	5	1	2	3
30	Przyczyna nieustalona	15	14	29	9	6	15	3	3	6	7	10	17
		663	551	1239	690	559	1249	637	520	1157	664	533	1197

DONNÉES CONCERNANT LES MALADES DANS LES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES EN POLOGNE DE 1930 à 1933.

DR. JEAN GALLUS.

Les données générales sur le mouvement des malades dans les hôpitaux psychiatriques en Pologne se trouvent dans mon travail: „L'Etat des hôpitaux psychiatriques et de l'assistance aux psychopathes en dehors des asiles en Pologne, au cours des années 1930—1933", paru dans les fascicules I et II des „Nowiny Psychjatryczne" de l'année 1935. Le présent travail renferme des donnés détaillées pour cette periode en ce qui concerne la répartition des malades d'après leur religion, âge, état civil, occupations professionnelles, sorties, résultats de la cure, durée de l'internement et causes de décès.

Z BIAŁOSTOCKIEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DLA PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYCH W CHOROSZCZY — DYREKTOR DR. STANISŁAW DERESZ.

DR. WALERJAN TERAJEWICZ.

OPIEKA POZAZAKŁADOWA W CHOROSZCZY.

Jesienią r. 1930 został otwarty szpital w Choroszczy, jako pierwszy z trzech wojewódzkich szpitali psychjatrycznych, wybudowanych w odrodzonej Rzeczypospolitej.

Szybki rozrost szpitala i połączony z tem masowy napływ chorych, zwłaszcza pozostających na utrzymaniu magistratu m-ta Warszawy, spowodowały przepełnienie zakładu i przyspieszyły zapoczątkowanie opieki pozazakładowej (rodzinnej) na naszym terenie.

Inicjator i twórca opieki pozazakładowej w Choroszczy dyrektor Dr. Deresz nie miał gotowych wzorów w kraju, istniejące bowiem środowiska opieki pozazakładowej (Wileńszczyzna) daleko odbiegały od miejscowych projektów. Jako zasadę organizacji przyjęto opiekę rodzinną typu adneksyjnego, skoncentrowaną w niewielkiej odległości od zakładu, z którym chorzy, przebywający na opiece, pozostają w ścisłym i stałym kontakcie.

Najdalsze środowiska opieki są odległe od szpitala o 7—8 km., co umożliwia częstą ich kontrolę, jak również ułatwia opiekunowi przywożenie co tydzień swych chorych do szpitala, celem kąpieli, zmiany bielizny i ewentualnej porady lekarskiej. W razie nagłego pogorszenia się stanu psychicznego lub ciężkiego schorzenia somatycznego, opiekun obowiązany jest natychmiast przewieźć swego chorego do szpitala.

Tego rodzaju ścisłe współżycie środowisk opieki z zakładem stanowi, naszem zdaniem, podstawę do należytego funkcjonowania opieki rodzinnej i powoduje, że tak pojęta opieka jest jakby rozszerzeniem działalności szpitala, nie pozwalając na to, by środowiska opieki stawały się jedynie przytułkiem dla chroników. Chorzy oddawani w opiekę, są dobrze poznani w czasie obserwacji szpitalnej, a co za tem idzie — indywidualnie dobrani do danej miejscowości i środowiska. Pacjent, przebywając w opiece, wie, że ma oparcie w szpitalu, do którego zawsze może powrócić, a częsta

kontrola przez lekarzy i pielęgniarzy zmusza opiekunów do utrzymywania opieki na należytym poziomie. Wszystko to stwarza warunki, w których organizacja opieki trwa i rozwija się ściśle według tych założeń, które ustala szpital i jego kierownik. Z tych względów uważamy, że jedynie adneksyjny typ opieki pozazakładowej najlepiej zabezpiecza interesy chorych, którzy, pozostawieni w warunkach nieodpowiednich, łatwo mogą być wyzyskiwani. Nasze własne doświadczenie w zakresie opieki pozazakładowej, istniejącej dopiero niecałe dwa lata, przemawia bardzo wymownie na korzyść typu adneksyjnego.

Teren, na którym obecnie rozlokowana jest nasza opieka pozazakładowa, obejmujący dotychczas jedną tylko gminę Choroszcz, okazał się wyjątkowo nadającym się do tego zadania. O powierzchni dość różnorodnej, ograniczony od północy i zachodu Narwią, w częściach południowych nieco zalesiony, przecięty pośrodku szosą, posiada szereg rozmaicie rozłożonych wsi i oddzielnych kolonij, co stwarza duże możliwości dla dobierania warunków zewnętrznych.

Ludność przedewszystkiem rolnicza (z wyjątkiem nielicznych domów opiekunów-mieszczan w miasteczku Choroszczy), posiadająca gospodarstwa przeważnie kilkuhektarowe (jedynie na kolonjach gospodarstwa liczą po kilkanaście ha), w dużej większości katolicka, głęboko wierząca, odznacza się naogół, co na specjalne zasługuje podkreślenie, pewną miękkością i łagodnością charakteru, jak również wyrozumiałością, jeśli chodzi o traktowanie powierzonych jej chorych. W południowych okolicach gminy mamy kilka osiedli z opieką dla chorych prawosławnych, w samej zaś Choroszczy — kilkanaście rodzin żydowskich opiekuje się pacjentami-żydami.

Specjalne kursy i pogadanki, prowadzone przez lekarzy szpitala, miały za zadanie uświadomienie ludności miejscowej o roli szpitala psychjatrycznego, jak również o celach i możliwościach opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi.

Oddawanie chorych w opiekę odbywa się w ten sposób, że zainteresowani gospodarze składają pisemne deklaracje, w których, opisują swe środki materjalne i zobowiązują się do opieki nad chorymi na warunkach, wymienionych w deklaracji. Zgłoszone mieszkania ogląda lekarz i orzeka, ilu chorych można pomieścić w danem mieszkaniu. Obecnie dajemy na jedno gospodarstwo maximum trzech chorych i to z tem zastrzeżeniem, że na każdego dorosłego członka rodziny przypada jeden chory. Pacjent, który się udaje

w opiekę, jest całkowicie wyekwipowany i otrzymuje ubranie, odpowiednie do pory roku, dwie zmiany bielizny ze sobą, łóżko metalowe jednolitego typu, pościel i bieliznę do niej. Gospodarz, przez podpisanie deklaracji, zobowiązuje się opiekować chorym, karmić go conajmniej tak, jak członków własnej rodziny i w miarę możności zatrudniać odpowiednią pracą. Co tydzień musi przywozić swego chorego do łaźni szpitalnej i zmiany bielizny. Jako wynagrodzenie za opiekę i koszty utrzymania szpital wypłaca gospodarzowi jednego złotego dziennie za każdego chorego.

Przy obecnym stanie naszej opieki pozazakładowej trzy osoby z personelu lekarskiego zajmują się bezpośrednio chorymi, pozostającymi w opiece. Ogólne kierownictwo, przydział nowych chorych oraz kwalifikowanie nowych środowisk spoczywa w ręku ordynatora, porozumiewającego się z dyrektorem szpitala we wszystkich ważniejszych sprawach, dotyczących opieki. Drugi lekarz-ordynator zajmuje się chorymi wtedy, gdy ci przyjeżdżają do kąpieli, — bada ich w miarę potrzeby i zaleca leki. Do obowiązków trzeciego lekarza należy bezpośrednia kontrola opiekunów i odwiedzanie chorych w terenie. Lekarz objeżdża więc środowiska opieki, wpisuje swe uwagi i spostrzeżenia poczynione w czasie odwiedzin do książeczki, którą posiada każdy chory, robi adnotacje w kartach chorobowych. Przy ilości chorych, jaka obecnie pozostaje w opiece (stan chorych w opiece ulega wahaniom, naogół jednak stale się podnosi, np. w sierpniu 1935 r. przekroczył liczbę 460 osób), lekarz ten objeżdża cały teren w ciągu dwóch tygodni, t. zn. widzi każdego chorego w terenie nie rzadziej, niż raz na dwa tygodnie. Z personelu pielęgniarskiego obecnie dwie osoby mają stały przydział do chorych, przebywających w opiece. A więc jeden pielęgniarz objeżdża stale teren, często niezależnie od lekarza, i jest łącznikiem pomiędzy nim a chorymi. Druga osoba to pielęgniarka zamieszkująca w terenie. Ważne jest to także pod względem praktycznym, ponieważ kontrola środowiska staje się w tych warunkach ściślejszą, a bezpośredni i stały kontakt z opiekunami i chorymi pozwala na wglądanie w najdrobniejsze szczegóły współżycia zdrowych z chorymi. Pielęgniarka prowadzi jednocześnie świetlicę, wygłasza pogadanki na tematy z higjeny ogólnej, zajmuje się wypożyczaniem książek i czasopism z bibljoteki szpitalnej. Posiada też podręczną apteczkę, z której może korzystać w nagłych wypadkach również ludność miejscowa. W ten sposób, utrzymując jak naściślejszy kontakt ze środowiskiem w którem prze-

bywa, pielęgniarka taka może najskuteczniej wpływać na podnoszenie umiejętności opiekunów-gospodarzy i propagować higjenę psychiczną. W chwili obecnej na terenie opieki mamy czynne dwie świetlice, posiadające odbiorniki radjowe i czasopisma rolnicze. Ze świetlic tych korzystają z wielką ochotą gospodarze narówni z chorymi. Stała współpraca opiekunów ze szpitalem jest znakomicie ułatwiona przez to, że — jak już wyżej wspomniałem — opiekun musi co tydzień przyjeżdżać z chorymi do łaźni szpitalnej, ważenia chorych i zmiany bielizny. (Pranie bielizny chorych z opieki odbywa się tylko w szpitalu, co jest również ważnym czynnikiem kontroli nad stanem opieki). W ten sposób widzi się jeszcze raz chorych na miejscu, załatwia ich prośby, kontroluje stan zdrowotny.

Taka organizacja pozwala nam np. na oddawanie do opieki spokojniejszych epileptyków. Do opieki dajemy nietylko chorych pracujących, lecz i wszystkich tych spokojnych chorych, co do których spodziewamy się, że nie przyczynią zachowaniem swem kłopotu gospodarzowi. Oddając chorych niepracujących, zwracamy uwagę opiekunom, by starali się swych wychowanków łagodnie nakłaniać do lżejszej pracy w domu.

Przyjmujemy naogół, że większa część chorych, znajdujących się w opiece, zajmuje się pracą domową lub na roli, często istotnie produktywną dla gospodarstw, w których zamieszkują. Niektórym chorym w opiece szpital dostarcza materjałów — jak nici, bawełny, skóry na obuwie i t. p., z których pacjenci (tki) wykonują roboty dla szpitala.

Jeśli chodzi o wpływ otoczenia na pacjentów, przebywających w opiece, to z całą pewnością wpływ ten należy skwalifikować jako dodatni. Chory przez kontakt z ludźmi zdrowymi, w środowisku, które mu bardziej aniżeli szpital przypomina dom, po pewnym czasie ożywia się, często zabiera się do jakiejkolwiek lekkiej pracy, podczas gdy przedtem nie można było go do tego nakłonić — tak, że można mówić o pewnego rodzaju leczniczym wpływie nowego otoczenia na chorego. Pacjenci z opieki, zapytywani, czy chcieliby wrócić do szpitala, zazwyczaj odpowiadają, że wolą pozostać w opiece. Często zżywają się ze swymi gospodarzami, tak, że istotnie tworzą jakby jedną rodzinę. Należy zaznaczyć, iż oddziaływanie środowiska zależy w dużej mierze od indywidualności gospodarzy; dowodzi tego fakt, iż często chory uchodzący w jednem miejscu za trudnego do opiekowania się, po

zmianie gospodarza zaczyna uchodzić za nadającego się do opieki. W dotychczasowej naszej praktyce nie mieliśmy wypadku, by trzeba było zabrać chorego do szpitala naskutek złego wpływu opieki.

Ciekawem jest zagadnienie, jaki wpływ wywierają chorzy na swe otoczenie, zwłaszcza na dzieci. Kwestja ta wymaga dokładniejszego zbadania, nie myślę jednak, by można było mówić ogólnie o złym wpływie chorego na wrażliwą duszę dziecka. W niektórych przypadkach odważyłbym się nawet mówić o kulturalnym wpływie chorych psychicznie na ich zdrowe otoczenie. A więc naprzykład, mamy chorą, starą schizofreniczkę paranoidalną, osobę niezwykle inteligentną, dawną działaczkę społeczną, która w sposób uderzająco dodatni wpływa na środowisko. Założyła ogródek przed domem, uczy gospodarzy uprawy warzyw i t. p. Inna znowu chora, dawna studentka uniwersytetu, uczy dzieci swego gospodarza.

Zabieranie chorych z opieki odbywa się z kilku powodów: 1-o z powodu pogorszenia się stanu chorego, dyskwalifikującego go tymczasowo lub stale do opieki, 2-o — niechęci chorego do pozostania w opiece i 3-o — nieodpowiedniej lub niedostatecznej opieki, naskutek nieumiejętności lub niedbalstwa gospodarza. Przyznać należy, że ostatni, trzeci punkt stosunkowo rzadko wchodzi w rachubę.

Próby ucieczek chorych na początku istnienia opieki były częstsze niż obecnie, ucieczki te jednak nie były niepokojące chociażby dlatego, że do opieki dajemy tylko takich chorych, których ewentualna ucieczka nie mogłaby spowodować jakichkolwiek niepożądanych następstw.

Dotychczasowe doświadczenie z opieką rodzinną na naszym terenie dało bardzo zachęcające rezultaty, dowodem czego jest stale wzrastająca ilość oddawanych chorych i duże zainteresowanie się opieką miejscowej ludności. Obecnie nierzadkie są wypadki, że rodziny chorych, znajdujących się w szpitalu, zwracają się z prośbą o ulokowanie ich krewnych w opiece pozazakładowej. Podkreśliłem już wyjątkowo korzystne warunki miejscowe, sprzyjające tego rodzaju opiece nad psychicznie chorymi, liczymy więc, że jeśli będziemy rozporządzali dostateczną ilością chorych, nadających się do opieki, będziemy mogli na terenie jednej tylko gminy choroszczańskiej umieścić do tysiąca osób.

Poprzednio starałem się podkreślić korzystny wpływ zdrowego i pracującego otoczenia na chorego w opiece pozazakładowej, niemniej jednak ważny jest także inny czynnik — czynnik

ekonomiczny, który posiada znowu doniosłą rolę zjednywania opiekunów wśród najbliższych sąsiadów szpitala psychjatrycznego. Gospodarz, posiadający chorych, zużywa na miejscu te produkty spożywcze, któreby musiał dostarczać, tracąc swój czas, na odległy nieraz rynek zbytu. Często, opiekując się chorymi, korzysta z ich pracy, niejednokrotnie bardzo wydajnej. Zdolność płatnicza gospodarza przez to się podnosi. Najbardziej wymowną ilustracją powyższego jest fakt, że z chwilą powstania opieki pozazakładowej na terenie gminy Choroszcz gospodarze zaczęli wpłacać oddawna zaległe podatki, powiększać swój inwentarz — i to w czasie dotkliwego kryzysu! Trzeba pamiętać, że z kasy szpitala co miesiąc wypływa obecnie zgórą dwanaście i pół tysięcy złotych gotówką na teren jednej gminy, tytułem opłat za chorych, znajdujących się w O. P. Z.

Na zakończenie należy podnieść jeden z dodatnich czynników opieki — jej wpływ na środowisko, wśród którego opieka się znajduje. Mam na myśli oddziaływanie kulturalne samej opieki na gospodarzy — czynnik niewątpliwie ważny i dający się stwierdzić nawet po krótkim okresie trwania opieki. Zapewne, że trwalsze i większe wpływy kulturalne można będzie obserwować dopiero po szeregu lat, lecz już i teraz, opierając się na dotychczasowem doświadczeniu, widzi się poważne tego rezultaty. Gospodarz, utrzymujący chorych, pilnowany jest, by mieszkanie swe utrzymywał w porządku i czystości; wymagamy od niego porządnych ustępów i studzien o betonowych cembrowinach; rugujemy powoli tutejszy zwyczaj tapetowania izb, oddając pierwszeństwo tym gospodarzom, gdzie ściany są tynkowane. Świetlica, radjo — kształci i rozwija, podnosi się czytelnictwo, powoli przenikają na wieś hasła spółdzielczości, opiekunowie bowiem korzystają ze spółdzielni szpitalnej; poziom życiowy opiekunów stale się podnosi. W najbardziej kategoryczny sposób broni się wieś przed alkoholem — gospodarz, podejrzany o nadużywanie go, traci chorych. (Taki wypadek mieliśmy dotychczas jeden).

W ciągu niespełna dwóch lat trwania opieki pozazakładowej na naszym terenie (od 15 listopada 1933 r.) okazało się, że inicjatywa była naprawdę szczęśliwa, a urzeczywistnienie planu Dyr. Deresza dało bardzo dobre wyniki, zarówno dla chorych, interes których szpital ponad wszystko stawia, jak i dla opiekunów.

Rola szpitala w Choroszczy, jako ogniska kultury psychjatrycznej na terenie woj. białostockiego, zamanifestowana została

zawiązaniem „Biał. Tow. Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi", którego pierwsze walne zebranie odbyło się 25. XI. 1932 r. Inicjator tej organizacji Dyr. Dr. Deresz miał na celu stworzenie instytucji, któraby na terenie m. Białegostoku zaznajamiała społeczeństwo z zasadami nowoczesnego szpitalnictwa psychjatrycznego i zajęłaby się opieką nad psychicznie chorymi prawie stutysięcznego miasta.

Po załatwieniu formalności i zaangażowaniu pielęgniarki-wywiadowczyni towarzystwo to uruchomiło w marcu 1933 roku poradnię psychjatryczną. Z poradni tej korzystają przedewszystkiem niezamożni mieszkańcy m. Białegostoku, zarówno ci, którzy z jakichkolwiek względów nie trafili do szpitala psychjatrycznego, jak i ci, którzy go już opuścili. Porady udzielane są bezpłatnie, lekarstwa zaś dla najuboższych również bezpłatnie wydawane są z apteki miejskiej. Przyjęcia lekarskie odbywają się dwa razy tygodniowo, ordynują bezpłatnie lekarze szpitala w Choroszczy.

Do 1. V. 1935 r. na ewidencji poradni psychjatrycznej znajdowało się 255 chorych. Wywiadów zebrano 3.378, porad lekarskich udzielono 608. Najubożsi chorzy otrzymują czasem zapomogi z opieki społecznej. Poradnia psychjatryczna utrzymywana jest z subsydjum magistrackiego w kwocie zł 50, — miesięcznie, ofiar społeczeństwa i składek członkowskich (towarzystwo liczy 117 członków). Ponieważ wśród chorych, leczonych w poradni, są tacy, których rodziny korzystają z ubezpieczeń społecznych, więc od 1. VI. 35. Białostocka Ubezpieczalnia Społeczna subsydjuje poradnię kwotą zł 50, — miesięcznie.

Tak więc na terenie m. Białegostoku mamy opiekę pozazakładową, zorganizowaną na zupełnie innych podstawach, aniżeli na wsi. Jest to już opieka rodzinna we własnej rodzinie chorego, co stwarza warunki specjalne — gorsze, jeśli chodzi o interwencję lekarską czy pielęgniarską, uzależnione całkowicie od środowiska, w którem chory przebywa, od traktowania go przez rodzinę, a przedewszystkiem od środków materjalnych, któremi rodzina ta rozporządza. Niemniej jednak istnienie tego rodzaju opieki w mieście pozwala na skracanie czasu pobytu pacjentów w szpitalu z jednej strony, a z drugiej — umożliwia wczesne skierowanie pacjenta do szpitala wówczas, gdy stan jego zaczyna się pogarszać. To znowu ma pewne znaczenie ekonomiczne, odciąża bowiem budżet, przeznaczony na opłaty szpitalne, umożliwia często

ambulatoryjne leczenie takich pacjentów, którzy, pozostawieni bez opieki lekarskiej, musieliby trafić do szpitala. Projektowane urządzenie świetlicy i warsztatów dla pacjentów poradni, celem jaknajszerszego zatrudnienia ich pracą, dotychczas nie może być urzeczywistnione z powodu braku funduszów na ten cel.

Równolegle z poradnią psychjatryczną prowadzona jest poradnia przeciwalkoholowa.

WNIOSKI.

1. Organizacja opieki pozazakładowej w obecnym układzie stosunków rozszerza znakomicie działalność szpitala psychjatrycznego przez żywy kontakt z otoczeniem ludzi zdrowych, przez zmniejszenie zagęszczenia miejsc szpitalnych, a w niektórych wypadkach przez niewątpliwie zdrowsze środowisko opieki w porównaniu ze środowiskiem szpitala.

2. Za najlepszy typ opieki pozazakładowej uważamy typ adneksyjny, dający 1-o stałą łączność ze szpitalem i jego urządzeniami, 2-o umożliwiający personelowi szpitala racjonalne kontrolowanie środowisk opieki, rozrzuconych na niewielkiej przestrzeni w terenie.

3. Nie można pominąć doniosłej roli opieki pozazakładowej jako czynnika, podnoszącego ekonomicznie i kulturalnie to środowisko, w którem jest zorganizowana.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

Dr. F. Czarniecki — Opieka nad psychicznie chorymi w Rosji przedwojennej. (Lekarz Polski 1928, № 2). Dr. Chodźko — Opieka otwarta nad psychicznie chorymi, Warszawa 1929. Dr. St. Deresz — Opieka nad umysłowo chorymi, a społeczeństwo polski. (Rocznik Psychjatryczny 1927, zesz. VI.). Dr. St. Deresz — Pozazakładowa opieka nad psychicznie chorymi. (Lekarz Polski 1928, № 5). Dr. A. Gradziński i Dr. Wł. Stryjeński — O opiece pozazakładowej nad psychicznie chorymi na terenie Krakowa. (Pol. Gazeta Lekarska 1932, № 48. Tamże podane piśmiennictwo niemieckie). Dr. Gorzkowski — Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Dziekance. (Nowiny Psychjatryczne 1931, zeszyt III—IV.). Dr. H. Jankowska — Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie. (Nowiny Psychjatryczne 1934, zeszyt I—II). Doc. Dr. Łuniewski — Szkic najpoważniejszych zagadnień, dotyczących rozbudowy za-

kładów psychjatrycznych. (Rocznik Psychjatryczny 1929, zesz. XI). Ks. Michał Rękas — O społecznej opiece nad umysłowo chorymi. (Ruch Charytatywny 1931). Doc. Dr. Morawski — Rola pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi. (Rocznik Psychjatryczny 1929, zesz. X). Dr. W. Terajewicz — O powołaniu społecznem lekarza-psychjatry. (Nowiny Społeczno-lekarskie 1932).

L'ASSISTANCE AUX PSYCHOPATHES EN DEHORS DE L'ASILE à CHOROSZCZ.

DR. WALERJAN TERAJEWICZ.

L'auteur rend compte de l'organisation de l'assistance en dehors de l'asile (placement familial), introduite il y a deux ans par le docteur Deresz, directeur de l'hôpital pour maladies mentales et nerveuses du departement de Białystok à Choroszcz. Cette assistance reste en connection étroite avec l'hôpital et a pour lieu la commune même de Choroszcz, de sorte que les centres du placement les plus eloignés sont à peine à 7 ou 8 klm de l'hôpital.

Trois médecins et deux agents infirmiers, dont l'un habite dans le village, s'occupent des malades placés dans les familles. Toutes les semaines les malades sont amenés à l'hôpital pour changer de linge et prendre un bain. Le nombre de malades qui beneficient actuellement du placement familial s'elève à 460.

Il existe, de plus, grâce à l'initiative du docteur Deresz, depuis 1933 un dispensoire psychiatrique à Białystok, auquel sont attachés un médecin-specialiste et une infirmière-visiteuse qui s'occupe des malades soignés dans leurs propres familles.

Dans les conclusions, l'auteur souligne l'importance de l'assistance en dohors de l'asile, insiste sur la superiorité du type de cette assistance qui a pour centre l'hôpital psychiatrique et attire l'attention sur ce fait qu'elle contribue à elever le niveau tout économique que moral de la population qui participe à son organisation.

DR. KAZIMIERZ GOLONKA.

PSYCHOANALIZA STEKLA.

Przy poszukiwaniu przyczyn, utrudniających ogółowi lekarskiemu właściwą ocenę psychoanalizy, natrafia się na szereg czynników, które w tym kierunku odgrywają rolę wybitniejszą:

Stosowanie pojęcia psychoanalizy w różnych odmiennych znaczeniach, utożsamianie jej z nauką Freuda i jego ścisłej szkoły (b. częste także i w Polsce) i wreszcie operowanie przez psychoanalizę, zarówno w dziedzinie patologji, jak i terapji, wartościami wyłącznie psychicznemi.

Terminu psychoanaliza używa się dla oznaczenia zarówno specyficznej metody badania psychologicznego, jak i metody leczenia oraz na określenie zespołu poglądów, na nietylko psychopatologiczne przejawy życia, lecz także na całokształt ludzkich dążności. Dla medycyny najistotniejszemi w psychoanalizie są jej rozwiązania zagadnień zaburzeń psychicznych, lecznictwo i metoda badania.

Przedmiotem pierwszych badań Freuda były wprawdzie zagadnienia patogenezy i leczenia nerwic, które to studjum stało się źródłem poznania, punktem wyjściowym i podstawą do tworzenia teoryj psychoanalitycznych; zczasem jednak zagadnienia ściśle lekarskie zeszły zarówno u Freuda, jak i jego szkoły na plan dalszy, ustępując dążnościom do budowania systemu metapsychologji. Negatywne i uchylające stanowisko, jakie zajęła medycyna oficjalna w odniesieniu do psychoanalizy zpowodu przeceniania przez Freuda wartości czynników nieświadomych i seksualnych w życiu psychicznem, znalazło wobec tych dążeń dalsze uzasadnienie. Pewną rolę odegrało także dopuszczenie przez psychoanalizę freudowską do lecznictwa laików, nadające jej cechy znachorstwa.

W próbach, zmierzających do uzgodnienia teoryj psychoanalitycznych z doświadczeniem lekarskiem i myśleniem naukowo-przyrodniczem, podejmowanych wielokrotnie szczególnie w ostatnich dziesięcioleciach przez uczniów Freuda, poddane zostały daleko idącej rewizji nawet najbardziej zasadnicze założenia teo-

retyczne psychoanalizy; teren działalności, zarówno badawczej, jak i leczniczej, został ograniczony; sprawa wykonywania lecznictwa psychoanalitycznego przez laików spotkała się wreszcie z wyraźnym i bezwzględnym sprzeciwem ze strony znacznego odłamu psychoanalityków. Jednocześnie najważniejsze i istotne odkrycia psychoanalizy jak: determinizm psychiczny, dynamiczna nieświadomość, wyparcie, konflikty wewnątrz-psychiczne i mechanizmy chorobowe oraz znaczenie seksualności w niektórych schorzeniach nerwicowych zostały przejęte przez psychjatrję.

Wzajemne oddziaływanie i rewizjonistyczne jego skutki zarówno w psychoanalizie, jak i w psychjatrji należy oceniać jako fakty już dokonane. Rezultatem tej oceny winien być pogląd na psychoanalizę, jako na zespół poglądów i metod nietylko Freuda i ściślej, t. zw. ortodoksyjnej jego szkoły, lecz wszystkich kierunków psychoanalitycznych. Niebezpieczeństwa jednostronności, aprioryczności, spekulatywności, cechującej częściowo poszczególne kierunki psychoanalizy, mogą być tym sposobem przezwyciężone; uzyskaną może być natomiast pewna synteza pewników, zgodnych z doświadczeniem lekarskiem.

W obecnej chwili należy brać pod uwagę równorzędnie prócz szkoły ortodoksyjnej Freuda 3 kierunki psychoanalityczne, powstałe jako wynik różnicy poglądów na szereg problemów ich założycieli i twórcy psychoanalizy: 1) C. G. Junga (t. zw. szkoła zuryska), 2) Alfreda Adlera (kierunek indywidualno-psychologiczny) i 3) Wilhelma Stekla (t. zw. psychoanaliza aktywna). Metoda badania i leczenia stosowana przez wymienione kierunki jest metodą psychoanalityczną. Różnice między niemi wypływają z odmiennej interpretacji zjawisk psychicznych i wyprowadzanych stąd wniosków ogólnych.

Pracom szkoły zuryskiej zawdzięcza psychoanaliza zastosowanie jej metody w dziedzinie chorób psychicznych (psychoz), opracowanie niektórych zjawisk marzeń sennych i symboliki, wykrycie tendencyj anagogicznych w nerwicach i wprowadzenie psychosyntezy w terapji. Kierunek indywidualno-psychologiczny, który spotkał się z dobrem przyjęciem i zdobył uznanie raczej poza medycyną, wprowadził do nauki o patogenezie nerwic pojęcia woli mocy i kompleksu mniejwartościowości, opracował znaczenie mniejwartościowości narządów, wykrył finalną rolę nerwic. Jung i Adler nie zdołali jednak oprzeć się dążeniom do wyjaśnień

wszelkich problemów psychologicznych i dociekań natury filozoficznej, oddalając się przez to od medycyny.

Wyłącznie na gruncie medycyny pozostał kierunek aktywno-analityczny. Stekel, jego twórca (jeden z pierwszych uczniów Freuda), był przed zetknięciem się z psychoanalizą i pozostał później, lekarzem praktykującym. Stanowisko to niewątpliwie w znacznym stopniu wpłynęło na jego nastawienie do zagadnień lekarskich. O ile bowiem Freud, przystępując do przypadku chorobowego poszukiwał tego, co dany przypadek mógł przynieść nowego medycynie względnie o ile potwierdzał jego dotychczasowe odkrycia, o tyle Stekel podchodził do chorego jako terapeuta, starając się odpowiedzieć przedewszystkiem na pytanie, czy i jak wiedza lekarska może mu dopomóc. Teorje psychologiczne, wyjaśniające np. nieświadomość, istotę i działanie popędów i t. p. miały dla niego zawsze znaczenie raczej podrzędne, heurystyczne. Praktyczne, terapeutyczne założenia Stekla określają jego stanowisko do psychoanalizy freudowskiej: jest ono rewizjonistyczne. W stosunku do innych kierunków cechuje je krytyczny eklektyzm. Oparcie się zaś na ogromnym materjale klinicznym, opracowanym przy zastosowaniu metody psychoanalitycznego badania, metody o niekwestjonowanej wartości i ścisłości naukowo-przyrodniczej, sprawia, że całokształt nauki Stekla o nerwicach i perwersjach, wypływający z takich założeń, może być uważany za współcześnie najbardziej zbliżony do rzeczywistości i wszechstronny wyraz poglądów psychoanalitycznych.

Nerwice. W dziedzinie patologji najważniejszem odkryciem Stekla jest wykazanie jednolitej patogenezy wszelkich nerwic i perwersyj.

Freud wyróżnia trzy rodzaje nerwic: nerwice aktualne (nerwica lękowa, neurastenja, hipochondrja), nerwice przeniesieniowe (histerja i nerwica z natręctwami) oraz nerwice narcystyczne (dementia praecox, paranoia, melancholia). Nerwice aktualne, zdaniem jego, powstają naskutek fizycznych szkodliwości życia seksualnego. Neurastenja jest rezultatem nadmiernej masturbacji, nerwica lękowa — innych szkodliwych postaci życia seksualnego, jak coitus interruptus, prolongatus, daremne podniecania się seksualne, nie prowadzące do zaspokojenia (np. u narzeczonych), długotrwała abstynencja itp.

Zasadniczym objawem nerwicy lękowej jest lęk, który przejawia się w postaci napadu lękowego: lęk przed śmiercią z fizycz-

nemi objawami lęku lub w postaci ekwiwalentów lękowych względnie szczątkowych form lęku: zaburzenia działalności układu krwionośnego, oddychania, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenia, kurcze, zawroty głowy, parestezje itp.

Według pierwotnej oceny Freuda lęk miał być wyrazem wypartej „libido", tj. popędu seksualnego w szerokiem znaczeniu. Ostatecznie wywodzi go z rzeczywistego lęku przed kastracją. Objawem, towarzyszącym nerwicy lękowej, jest ogólna drażliwość, manifestująca się w nadmiernych reakcjach na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, oraz znaczna rozpraszalność uwagi i skłonność do zapominania.

Dla neurastenji charakterystycznym jest następujący zespół: poczucie zmęczenia fizycznego i psychicznego, trudność koncentracji uwagi, parestezje mięśni i stawów, wrażliwość kręgosłupa, ucisk głowy oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Stekel, który pierwotnie również przyjmował freudowską etjologję, w rezultacie swych poszukiwań stwierdził jednak, że z jednej strony — nadmierna masturbacja, abstynencja seksualna czy różne inne szkodliwe formy zaspokajania popędu płciowego bardzo często nie powodują zaburzeń nerwicowych, z drugiej zaś — wykazał we wszystkich, bez wyjątku, przypadkach t. zw. nerwic aktualnych istnienie czynnika psychicznego, który nerwicę wywołuje. Czynnikiem tym jest konflikt wewnątrz-psychiczny. Konflikt ten w nerwicach aktualnych powstaje tylko wówczas, gdy dana forma życia seksualnego nie jest odpowiednią, a więc zaspokającą dla danej jednostki. Wówczas poszukuje ona innej, odpowiadającej jej formy zaspokojenia płciowego (np. poligamicznego, perwersyjnego, kazirodczego). Tym dążeniom popędowym danej jednostki przeciwstawiają się jednak jej tendencje socjalne, reprezentowane przez nad-jaźń („ja kulturalne").

Jaźń człowieka, żyjącego w gromadzie, ukształtowana wpływami kultury, opartej na fundamencie norm religijnych, moralnych, obyczajowych, prawnych danej grupy ludzkiej, wytwarza, odpowiadające tym normom i będące ich wyrazem, „ja kulturalne" (czyli socjalne, idealne). „Ja popędowe", reprezentujące popędy, jest, stosownie do ich treści, całkowicie egoistyczne, asocjalne i anarchicznie kryminalne. Dziecko, twór całkowicie egoistyczny i egocentryczny, dąży do bezwzględnego zaspokajania swoich popędów życiowych i uzyskania przez to rozkoszy, a uniknięcia przykrości.

Do wszelkich czynników zewnętrznych, przeszkadzających tym dążeniom, odnosi się wyraźnie wrogo.

(Zagadnienie popędów w teorji Stekla przedstawia się w ogólnym zarysie następująco: Popęd jest stróżem biologicznym życia, jest jego najistotniejszą cechą; może być uważany za energję życiową. Najbardziej pierwiastkowemi popędami są popędy samozachowawczy i płciowy. Cechą popędu jest stałość parcia i napędu. Miłość i głód nie są jakościami stałemi, nie są więc popędami, lecz wyrazem popędu seksualnego i samozachowawczego. Te ostatnie nie są również pierwotne, lecz są składnikami popędu życiowego, podobnie jak popęd do opanowywania, popęd ruchowy i t. d. (Dlatego libido Freuda nie może być uważane za popęd, jest tylko wyrazem popędu).

Popęd sam jako taki nie może zmieniać się i przekształcać — może zmieniać się jedynie reakcja, jaką wywołuje on wewnątrz organizmu. Zmienia się również stosunek osobnika do świata zewnętrznego, stosunek, wynikający z jego popędów, a przejawiający się w afektach, które są intelektualną przeróbką popędów.

Stekel wyróżnia dwa zasadnicze popędy: popęd życia i popęd śmierci. Głównym składnikom popędu życia — popędowi samozachowawczemu i płciowemu przeciwstawia się popęd śmierci, wynikający z dążności materji żywej do powrotu do stanu pierwotnego, z którego życie wyszło, tj. do stanu nieorganicznego. Popęd śmierci manifestuje się wówczas, gdy dążnościom popędu życiowego do wyładowania staną na drodze przeszkody, niedające się z takich czy innych względów usunąć. Antyteza tych popędów odpowiada zasadzie dwubiegunowości wszelkich popędów i uczuć (zasada, wykryta przez Stekla); popędowi życia przeciwstawia się popęd śmierci, pragnieniu opanowywania — pragnienie poddawania się, pożądaniu — wstręt itp).

Zaspokajanie popędów jest jednak możliwe o tyle i tak dalece, o ile nie staje ono w kolizji z nakazami społeczeństwa, wyrażonemi przedewszystkiem w normach moralnych. Jednostka społeczna zmuszona jest przeciwstawiać zasadzie rozkoszy zasadę rzeczywistości społecznej.

Wychowanie ma na celu otamowywanie, łagodzenie krańcowych nastawień względnie tłumienie popędów, które pierwotnie są zawsze egoistyczne, antysocjalne. Stłumione lub wyparte w ciągu rozwoju jednostki, popędy istnieją jednak i mogą, zaktywizowane przez aktualne czynniki, dążyć do wyładowania i wyżycia się.

Naskutek oporu „ja kulturalnego" przeciw ich realizacji powstaje wewnętrzny konflikt i walka dążeń popędowych ze społecznemi, walka o wielkiej, ze względu na jej źródło, dynamice.

Rozwiązanie tej walki może być następujące: 1) dążenia popędowe doznają zaspokojenia, 2) zostają stłumione, (co zapewnia spokój i harmonję psychiczną i jest udatnym socjalnie zabiegiem leczniczym) albo 3) naskutek względnej równowagi, wynikającej z biegunowego napięcia przeciwstawnych sił wewnętrznych, zostają wyparte z centralnego pola świadomości. W ostatnim wypadku — popędy wyparte, mając możność i tendencję do powrotu, powracają w ukrytej i symbolicznej formie objawów nerwicowych, względnie — pojawiając się w centrum świadomości i domagając zaspokojenia, mogą wywoływać reakcję obronną „ja kulturalnego" w postaci lęku.

W nerwicy lękowej lęk ten jest w pierwszej instancji lękiem przed dążeniami własnego „ja popędowego", następnie — lękiem przed upadkiem i karą, szczególnie karą Bożą.

Treścią dążeń „ja popędowego" są pragnienia, wynikające nietylko z popędu seksualnego, lecz także popędu samozachowawczego, popędu agresji, znaczenia. Napad lękowy jest reakcją obronną przeciwko własnym asocjalnym tendencjom osobnika, a także manifestacją popędu śmierci, wyłaniającego się naskutek zahamowania popędów życiowych w ich dążeniach do wyładowania. Ekwiwalenty napadu lękowego powstają przez konwersję, czyli — jak to określa Stekel — somatyzację afektu. Objawy akcesoryjne nerwicy lękowej tego rodzaju jak drażliwość ogólna, niepokój, zapominanie, rozpraszalność uwagi — są wyrazem wzmożonej uczuciowości i ustawicznego psychicznego podniecenia osobnika, niezaspokojonego, wewnętrznie skłóconego i nieszczęśliwego.

W drugiej odmianie nerwicy aktualnej, w neurastenji, zawsze stwierdza się prócz cielesnych szereg wyraźnie psychogennych objawów: lęki różnego rodzaju, natręctwa myślowe, czynności przymusowe; stwierdza się również obecność konfliktu psychicznego. Konflikt ten może mieć pewien związek z masturbacją o tyle, że masturbacja może być jednem ze źródeł tego konfliktu. Typowy natomiast zespół neurasteniczny wykazać można jedynie w stanach intoksykacyjnych (po przebytej grypie, tyfusie, przy gruźlicy, kile, stwardnieniu tętnic i w początkowych stadjach psychoz).

Ostatnia wreszcie odmiana nerwicy aktualnej Freuda — hipochondrja, poddana szczegółej analizie, daje się rozłożyć na kilka postaci o psychopochodnej etjologji, które pokrywają się objawami z nozofobją, histerją, nerwicą z natręctwami i stanami paranoidalnemi.

Wszystkie więc nerwice aktualne są psychonerwicami; szkodliwości fizyczne życia seksualnego nie są dla nich patogenetyczne, — wywołują je nietylko popędy seksualne, ale wszelkie inne składniki wypartego popędu życiowego. Znaczna część objawów w tych nerwicach ma charakter histeryczny. Ponieważ objawy somatyzacyjne łączą się w nich stale z objawami lękowemi, możnaby uważać za właściwe określenie tych nerwic mianem histeryj lękowych. Ze względu jednak na to, że patogeneza wszystkich nerwic jest jednolita, należałoby mówić o jednej psychonerwicy w różnych postaciach wyrazu i różnem nasileniu. Ponieważ wszystkie nerwice są zaburzeniami afektywności, proponuje Stekel dla nich nazwę „parapatyj".

Etjologja drugiej grupy nerwic, t. zw. przeniesieniowych, jest, według Freuda, również seksualna. Schorzenia histeryczne występować mają mianowicie wówczas, gdy rzeczywistość nie pozwala na zaspokojenie pragnień seksualnych danej jednostki. „Libido" zatrzymane i wezbrane cofa się wówczas do przebytych w swym rozwoju okresów seksualnych i obsadza te z nich, które, naskutek pewnych przeżyć czy fantazyj dziecięcych, zostały bardziej utrwalone. Jeśli jaźń nie godzi się na regresję, wówczas powstaje chorobotwórczy konflikt.

Stekel natomiast wykazuje, że podobnie, jak w nerwicach aktualnych, nietylko wyparte popędy seksualne, niezgodne z treścią „ja moralnego", są źródłem nerwic histerycznych. Dowodzą tego szczególnie nerwice wojenne, w których konflikt powstaje naskutek przeciwstawienia się instynktu samozachowawczego poczuciu obowiązku. Kompleks Edypa, uważany przez freudystów ortodoksyjnych za jeden z najważniejszych czynników chorobotwórczych histerji, jest oceniany przez Stekla jako moment etjologicznie stosunkowo małej wagi. Powszechność jego występowania przemawia za jego społeczną niezbędnością, koniecznością dla przemiany pierwotnie całkowicie egoistycznej i wrogo do świata zewnętrznego nastawionej jaźni dziecięcej. Również t. zw. kompleks kastracyjny ma w etjologji nerwic znaczenie raczej ograniczone.

Objawy histeryczne ucieleśniają pewne dążenia. Wyrażają one w symbolicznej formie wyparte tendencje psychiki, są symboliczną, narządową mową duszy, podległej naskutek konfliktu wewnętrznego dyssocjacji i tracącej władzę nad narządami, które uzyskują wówczas autonomję. Autonomicznemi stają się przedewszystkiem narządy konstytucyjnie mniej wartościowe, często erogenizowane. W objawie cielesnym przejawiają się zarówno seksualne, jak i kryminalne dążenia popędowe. Poszczególny symptom może być zgęszczonym wyrazem całego szeregu dążności. Wobec zaś tego, że nerwica jest wynikiem kompromisu w walce różnych części osobowości, ów symptom może być także wyrazem tendencyj „ja kulturalnego". Wreszcie — w pewnych typach nerwic (wykrycie ich jest istotną zasługą S t e k l a) objawy somatyzacyjne mogą wyrażać przedewszystkiem tendencje „ja moralnego".

Ten typ nerwicy jest bardzo częsty w kulturalnych warstwach społeczeństwa, szczególnie w powojennym okresie. Znaczna faktyczna swoboda obyczajowa tych warstw, stwarzająca możność szerokiego wyżywania popędów, zwłaszcza seksualnych, pozostaje w sprzeczności z ich zasadniczemi tendencjami moralnemi. Wyparte dążenia moralne, protestujące przeciwko przekraczaniu przez indywiduum granic działania, nakreślonych przez społeczeństwo, ujawniają się w objawie nerwicowym. Szczególnie jaskrawo manifestuje się ten rodzaj nerwicy w zaburzeniach funkcyj seksualnych (niemoc płciowa mężczyzn, oziębłość płciowa i pochwica kobiet) oraz w niektórych perwersjach, służących tendencjom ascetycznym, — np. w fetyszyźmie. W sposób bardziej ukryty i trudniej zrozumiały wyraża się wyparte „ja moralne" w objawach cielesnych, takich np. jak bóle głowy, migrena, drżenie oczu, światłowstręt, szum w uszach, astma, bóle żołądka, wymioty, trudności połykania, brak apetytu a także zaburzenia zmysłów — powonienia, dotyku itd.

Organiczna jakoby choroba jest ucieczką przed samooskarżeniami i wyrzutami; symbolizuje je objaw cielesny, będący jednocześnie nałożoną przez osobnika na siebie samego karą; objaw cielesny bardzo często tworzy również przeszkodę uniemożliwiającą zaspokajanie popędów (np. impotencja, waginizm, bóle różnego rodzaju itd.), Cierpienie cielesne, powstałe naskutek somatyzacji, jest dla osobnika nerwicowego łatwiejszem do zniesienia jako niezawinione i niezależne od niego; zakrywa zaś przed świadomością dążności, przeciwstawiające się jej treściom, i powstały naskutek tego wewnętrzny

konflikt. Nazewnątrz i przed samym sobą, neurotyk często, odgrywa rolę wolnomyślnego i amoralnego.

Wszelkie więc wyparte popędy i dążności (seksualne, kryminalne, moralne, ambicjonalne) mogą być czynnikiem, wywołującym histerję.

Terenem, na którym rozgrywa się i symbolizuje walka wewnętrzna, jest ciało neurotyka w histerji somatycznej, konwersyjnej; na terenie psychicznym i w postaci przedewszystkiem niecielesnej przejawia się odmiana histerji — histerja lękowa — fobje. Zasadniczym objawem jej są lęki przed pewnemi czynnościami (chodzenie, skakanie, siedzenie i t. p.), przedmiotami (zwierzęta, bakterje, narzędzia ostre, broń, trucizny), sytuacjami (wysokość, przestrzeń, zamknięcie) i sytuacjami społecznemi (zgromadzenia, przysięgi, egzaminy). W sposób prosty i zrozumiały, jak np. w lęku przed wysokością, bronią, ostremi narzędziami, lub mniej czy więcej symboliczny (lęk przed upadkiem, lęk przestrzeni) wyraża się lęk „ja moralnego" przed popełnieniem czynu przestępczego (kryminalnego, seksualnego, samobójczego). Lęki te, odznaczające się niezwykle silnem natężeniem, chronią jednostkę przed wewnętrznemi i zewnętrznemi konsekwencjami jej czynów; w rezultacie zaś chronią społeczeństwo przed popędami jednostki.

Znaczenie i funkcja objawu nerwicowego w tym typie nerwicy są już wyraźnie i niedwuznacznie społecznie ochronne.

Nerwica z natręctwami, zaliczana przez F r e u d a do nerwic przeniesieniowych, jest również reakcją „ja moralnego" przeciw asocjalnym dążeniom, które wyrażają się w wyobrażeniach i impulsach przymusowych. W nerwicy tej wyobrażenia, które wydają się osobnikowi obcemi, narzucają mu się, prześladują go; głos wewnętrzny zmusza go do czynów, które wydają się alogiczne i bezsensowne. Czyny przymusowe są rozbudowane do systemu i przeprowadzane pod klauzulą śmierci lub nieszczęścia. Obok przymusu powstaje potężny afekt wątpienia, który odnosi się do wykonania czynu. Osobnik neurotyczny czuje rozdwojenie swojej osobowości, walkę osobowości społecznej z osobowością popędową.

Czyny przymusowe są namiastką innych zamierzonych czynów. Przeżycia infantylne, które ongi wywoływały rozkosz, podlegają przymusowi powtarzania; sprzeciw „ja moralnego" powoduje przesunięcie afektów na obojętne uprzednio wyobrażenia i czynności, które zastępczo i symbolicznie przedstawiając ową czynność i przeżycie, dążą w ten sposób do reaktywowania dawnej rozkoszy.

„Ja moralne", oceniając owe wyobrażenia, impulsy i czynności, jako w istocie swej niesocjalne i niemoralne, stwarza budowy ochronne w postaci wątpienia i lęku. Natomiast anagogiczne endencje są podległe jednocześnie procesom odwartościowywania, wywoływanym przez katagogiczne, infantylne dążenia i linje kierunkowe, a przejawiającym się w wyobrażeniach bluźnierczych, teorjach amoralnych, antyreligijnych, anarchicznych i t. p. rozbudowywanych częstokroć do skończonych systemów.

Czynności przymusowe, jako wyraz także i kompromisu nerwicowego, zawierają prócz wyszczególnionych motywów również i anagogiczne, szczególnie religijne motywy, neutralizujące w pewnym stopniu lęk i wątpienie.

Lęk, cechujący wszystkie nerwice, ma na celu ochronę osobnika przed popełnieniem czynności, ocenionych jako sprzeczne z treścią „ja kulturalnego". W nerwicy z natręctwami lęk, wątpienie i ceremonjały neurotyczne chronić muszą przed powtarzaniem już przeżytych a podległych organicznemu przymusowi powtarzania czynności zakazanych i przestępczych z punktu widzenia „ja kulturalnego".

Jądrem tej nerwicy stają się owe przeżycia, około których krystalizuje się proces. Są one ukrywane i pozostają tajemnicą dla świata zewnętrznego, mogą być wyparte z centrum świadomości osobnika a także anulowane. (Mechanizm anulowania, wykryty przez Stekla, polega na traktowaniu zarówno pewnych zdarzeń przeszłych, jak i rzeczywistości obecnej tak, jakgdyby nie istniały. Jest to zapomnienie przemijające, powstałe wskutek istniejącego podniecenia uczuciowego. Wyparcie usuwa pewne kompleksy do podświadomości; ujawniają się one w marzeniach sennych. Anulowanie wytrąca je do marzeń dziennych; powstaje fikcyjny świat, bytujący obok realnego; kompleksy natomiast anulowane nie pojawiają się w marzeniach sennych).

Omówione mechanizmy chorobowe mają za cel uchronienie jednostki i społeczeństwa przed popędami asocjalnemi. Postęp kultury związany jest z ofiarą i rezygnacją z nich. Ich wyżywanie nieograniczone jest przestępstwem. Przy istniejącej u neurotyka niemożności całkowitej rezygnacji lub sublimacji, jak również niemożności popełniania przestępstwa (ze względu na rozrost i dominowanie „ja kulturalnego"), istnieją dwie możliwości rozwiązania konfliktu. Jedną z nich jest samobójstwo (u wszystkich neurotyków stwierdza się tendencje samobójcze), drugą zaś nerwica, ha-

mująca impulsy i pozwalająca im jednocześnie, symbolicznie, częściowo się wyżywać. Nerwica więc jest procesem uzdrowieńczy i ochronnym.

Ponieważ problemy, które rozwiązuje nerwicowiec swą chorobą, są problemami całej ludzkości (nerwica może być uważana za nieudaną próbę rozwiązania ogólno ludzkiego problemu), przyjąć należy pewną dyspozycję do takiego właśnie ich rozwiązywania. Dyspozycję tę, według S t e k l a, stanowią nadmiernie rozwinięte popędy neurotyka, który jest zjawiskiem wstecznem, o popędach człowieka pierwotnego; reprezentuje on (narówni z artystą i przestępcą) stadjum przebyte już przez ludzkość (artysta, wynalazca, przywódca uwzniośla popędy).

Drugim czynnikiem usposabiającym do nerwicy jest wychowanie. Wybucha zaś nerwica wówczas, gdy naskutek aktualnych czynników energja psychiczna osobnika zużyje się w konflikcie wewnętrznym i w walce przeciwstawnych wyobrażeń i uczuć. Następuje wyparcie pewnych kompleksów.

S t e k e l ocenia proces wyparcia zasadniczo inaczej niż F r e u d.

Według F r e u d a wyparcie jest mechanizmem, mającym zapewniać jednostce spokój psychiczny. Wyobrażenia i afekty, reprezentujące popędy niezgodne z „ja kulturalnem" osobnika, są wypierane ze świadomości — stają się nieświadomemi. Ze względu na swą barwę uczuciową i znaczenie nie mogą być uświadomione; wyobrażenia bardziej obojętne uczuciowo natomiast uświadomione mogą być, są podświadome. Marzenie senne, hypnoza, somnambulizm, czynności pomyłkowe i przemówienia dowodzą istnienia nieświadomości.

Doświadczenia, przeprowadzane nad hypnozą, wykazują jednak, że przeżycia w hypnozie jak również przeżycia somnambuliczne i zamroczenia histeryczne, mogą być uświadomione. Okazuje się dalej, że urazy psychiczne, wywołujące nerwicę a uświadamiane jakoby dopiero w okresach końcowych badania psychoanalitycznego, nie były wcale zapomniane i niemal zawsze w ciągu całej, trwającej nieraz szereg miesięcy, pracy psychoanalitycznej były one stale uświadamiane i ukrywane celowo przez neurotyka. Zapomniane mogą być jedynie wyobrażenia słabo afektywnie zabarwione. Wszystkie inne wyobrażenia mogą być przypomniane i uświadomione. Nieświadomem zostaje jedynie marzenie senne, które nie zostało zapamiętane. S t e k e l odrzuca pojęcie nieświadomego i zastępuje je pojęciem obok świadomego. Przyjmuje polifonję myślenia,

porównując myślenie z orkiestrą, w której brzmi jednocześnie kilka głosów, jeden zaś jest głosem dominującym i górnym. Głosy środkowe i dolne dominują w marzeniu sennem, rozbrzmiewając również w myśleniu świadomem.

Przeżycia urazowe wydają się być jakoby „nieświadome" jedynie dlatego, że neurotyk nie chce i nie może o nich wiedzieć oraz uświadamiać je sobie ze względu na ich przykrą dla jego „ja kulturalnego" treść. Niekiedy wydaje się, że są one jakoby uczuciowo bezbarwne, obojętne; dzieje się to wtenczas, gdy afekty z niemi związane zostały przesunięte na inne wyobrażenia, poprzednio w swej treści obojętne. Przeżycie staje się dopiero wówczas urazem, gdy domaga się powtórzenia. Przymus powtarzania jest wyrazem pragnienia powtórzenia przeżytej a — w danym wypadku — zakazanej rozkoszy. Niechęć pamiętania o urazie jest usiłowaniem leczniczem, mającem zapewnić spokój i harmonję psychiczną.

Freud, a szczególnie jego uczniowie przyjmują, że nieświadomość jest dominującym czynnikiem życia psychicznego. Czyny świadome są jakgdyby wynikiem ukrytej gry sił nieświadomych. Ujęciu temu przeczy już samo zjawisko wyparcia. „Ja kulturalne", którego treść jest zawarta w świadomości, musi być dynamicznie silniejsze od popędów nieświadomych, skoro może spowodować ich wyparcie. Tego rodzaju założenie gruntownie zmienia pogląd zarówno na mechanizm powstawania nerwic, jak i wynikające stąd konsekwencje w metodzie leczenia. Wszelkie przekroczenia imperatywów socjalnych spotykają się zawsze z protestem „ja kulturalnego" i zawsze powodują zaburzenia nerwicowe nawet wówczas, gdy pozornie wydawaćby się mogło, że dążenia te nie są sprzeczne z jego treścią. Zasada ta uwydatnia się szczególnie wyraźnie w analizie t. zw. perwersyj seksualnych.

Perwersje. Perwersje seksualne, według Freuda, powstają naskutek zahamowania w rozwoju seksualnym względnie cofnięcia się do przebytych faz rozwoju. Dziecko bowiem jest wielokształtnie perwersyjne. Jeśli regresje nie budzą sprzeciwu jaźni, wówczas nie dochodzi do powstania nerwicy.

O ile Stekel przyjmuje założenia Freuda, dotyczące polimorfizmu seksualnego dziecka i infantylizmu popędu u osobników perwersyjnych, o tyle wyraźnie odrzuca możliwość istnienia t. zw. perwersyj bez sprzeciwu „ja moralnego" u ludzi psychicznie zdrowych. W każdym przypadku perwersji odkrywa konflikt wewnętrzny i szereg różnych objawów nerwicowych.

Jeśli niektóre nerwice są usiłowaniem, mającem na celu powtarzanie względnie dążenie do rozkoszy seksualnej infantylnej, a więc perwersyjnej, w postaci zamaskowanej i symbolicznej — to perwersje są zaspokajaniem tego dążenia, przy wyparciu płciowości normalnej i proteście „ja moralnego".

Pojęcie normalnego życia seksualnego jest pojęciem zresztą najzupełniej ogólnem; należałoby raczej mówić o postaciach zaspokajania popędu seksualnego, odpowiadających większej ilości jednostek danego środowiska w danym okresie czasu. Tem bardziej, że nawet u osobników najbardziej zbliżonych do przeciętnej, stwierdza się istnienie szczątków wszelkich perwersyj.

Najczęstszą i w patogenezie nerwic największą odgrywającą rolę jest perwersja, a raczej nerwica homoseksualna.

Wśród seksuologów najbardziej przyjętą jest teorja wrodzoności homoseksualizmu, który ma być powodowany zmianami w gruczołach dokrewnych względnie ma być wyrazem specjalnej konstytucji mózgu i niechorobową odmianą seksualności, lub też poprostu uważa się go za wyraz zwyrodnienia. Przyjmuje się również możliwość istnienia homoseksualizmu nabytego.

Diagnoza homoseksualizmu nie opiera się na objawach objektywnych. Rozstrzyga o niej jedynie przeświadczenie danego osobnika, że odczuwał zawsze pociąg do osób tej samej płci, a odnosił się obojętnie do płci odmiennej. Dokładna jednak analiza, twierdzi Stekel, pozwala wykryć w życiu danego osobnika, szczególniej w jego młodości, wyraźne okresy heteroseksualne. W życiu każdego natomiast człowieka heteroseksualnego, najczęściej również w młodości, odkrywa się niedwuznaczne okresy homoseksualne (przed pokwitaniem, w okresie niezróżnicowania płciowego). Z tych faktów, jak również z szczegółowej analizy życia seksualnego ludzi normalnych i neurotyków, wysnuwa Stekel wniosek, że wszyscy — bez wyjątku — ludzie są pierwotnie biseksualni. Okres biseksualności jest wyraźny do czasu pokwitania. Później normalny osobnik heteroseksualny wypiera część swych popędów homoseksualnych — resztę zaś uwzniośla w przyjaźni, w życiu organizacyjnem, dążeniach socjalnych itp. Jeżeli te procesy nie powiodą się, wówczas występują objawy nerwicowe.

Ponieważ jednak żaden człowiek nie jest w stanie całkowicie opanować swojego homoseksualizmu — jest przeto zawsze w pewnym stopniu dysponowany w kierunku nerwicy. Natomiast homoseksualista wypiera heteroseksualność; im bardziej jest ta część jego

popędu seksualnego wyparta i uwznioślona, tem więcej odpowiada on obrazowi normalnego, zdrowego człowieka. Nosi jednak stale w sobie dyspozycję do nerwicy i to tem większą, że jego heteroseksualne tendencje odpowiadają właśnie obowiązującym we współczesnych społeczeństwach normom obyczajowym, homoseksualizm zaś jest potępiany, — jeśli już nie prawnie, to obyczajowo. Z tego więc względu nie spotyka się niemal nigdy osobników homoseksualnych bez zaburzeń nerwicowych. (Szczególniej przejawiają się one w nerwicowych reakcjach obronnych: lęku, wstydu, wstrętu i nienawiści w stosunku do osobników odmiennej płci).

Biologiczne czynniki odgrywają w powstawaniu homoseksualizmu niewątpliwą, jednak drugorzędną rolę. Przypadki, w których stwierdza się jego rodzinne występowanie, świadczą jedynie o dziedziczeniu silnego biseksualnego podkładu. Homoseksualizm więc nie jest wrodzony, lecz nabyty; o rozbudowie homoseksualnego a o wyparciu heteroseksualnego składnika płciowości decydują czynniki psychiczne, mogące zaistnieć zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku późniejszym. Czynniki te mogą być bardzo różnorodne: uwiedzenie przez osobnika homoseksualnego, fantazje na ten temat, rodzaj wychowania, identyfikacja z rodzicem tej samej płci, dyferencjacja z rodzicem płci odmiennej, lęk przed infekcją lub potomstwem, wstręt do płci odmiennej, powstały naskutek przeżycia urazowego, wreszcie ucieczka przed popędami sadystycznemi w kierunku płci odmiennej. Czynnik ostatni odgrywa w genezie homoseksualizmu rolę wybitniejszą.

Homoseksualizm i inne perwersje nie są więc odwrotnością nerwicy — są również zaburzeniami nerwicowemi o psychopochodnej patogenezie i objawach wtórnych, identycznych z objawami nerwic. Podległe są wpływom psychicznym, więc uleczalne.

Rozpowszechnienie różnego rodzaju perwersyj jest niewątpliwie znacznie większe, aniżeli daje się to uchwycić statystycznie; często bowiem dotknięci niemi osobnicy, nie zdający sobie z tego sprawy, zaspakajają je jedynie przez masturbację z towarzyszącemi jej fantazjami perwersyjnemi.

Z tego względu, a także ze względu na jej powszechność ma masturbacja szczególne znaczenie w życiu seksualnem, odmienne jednak od przypisywanego jej przez F r e u d a. Według opinji jego jest ona czynnikiem szkodliwym, wywołującym w razie nadmiernego jej nasilenia nerwicę aktualną u danego osobnika. Ocena onanji, jako zjawiska wyraźnie szkodliwego dla zdrowia jest nietylko powszechna

i tradycjonalna, ale przyjęta nawet przez badaczy o wielkim autorytecie. Pogląd Stekla na to zagadnienie przedstawia się następująco: masturbacja jest zjawiskiem powszechnem i całkowicie nieszkodliwem, jej następstwa szkodliwe istnieją jedynie w wyobraźni lekarzy i wychowawców; u osobników niewierzących w szkodliwość onanji nie występują nigdy ujemne objawy; nader często jest ona jedynym dostępnym i socjalnie bezpiecznym sposobem zaspokojenia seksualnego dla osobników dotkniętych perwersjami, względnie uczuciowo związanych kazirodczo itp. (jest przeto dla nich jakgdyby wentylem bezpieczeństwa, dla społeczeństwa zaś ochroną); u tego rodzaju ludzi właśnie wstrzymywanie się od masturbacji może być przyczyną ciężkiej nerwicy, nigdy zaś odwrotnie. Metody odzwyczajania od masturbacji (moralne, religijne, higjeniczne) posługujące się zakazami i wzniecaniem lęku przed możliwością zgubnych jej skutków, wywołują najczęściej konflikt nerwicowy (lęk przed następstwami, któremu przeciwstawia się niemożność powstrzymywania się od niej); drugiem źródłem konfliktu są wyobrażenia, towarzyszące masturbacji, a niezgodne z treścią „ja kulturalnego" osobnika. Z tego względu masturbacja jest nader często związana z głębokiem poczuciem winy. Poczucie winy przeniesione również z innych kompleksów sprawia, że onanja jest jakoby reprezentantem wszelkich zakazanych i potępionych popędów. Polucje są ukrytą formą masturbacji, dającą wprawdzie „rozkosz bez winy", lecz są podległe równie, jak jawna onanja zakazom i zahamowaniom wewnętrznym.

Leczenie. Z rozważań nad patogenezą nerwicy wynika, że jest ona biologicznem urządzeniem, chroniącem osobnika przed konfliktami z normami społecznemi i własnemi jego imperatywami moralnemi; jest następnie jakoby opatrunkiem, osłaniającym chore miejsca jego psychiki i ucieczką przed rzeczywistością; jest wyżywaniem dążności popędowych w symbolicznej chociażby postaci; jest wreszcie karą i pokutą, nałożoną przez osobnika na siebie samego, a przedewszystkiem jedynem dlań w danej sytuacji rozwiązaniem problemu życiowego. Dla neurotyka stwarza nerwica ponadto częstokroć znaczne korzyści wtórne (usunięcie się od walki życiowej, pozyskanie zainteresowania i opieki otoczenia, renta itp.).

Wszystkie te czynniki są przeszkodami w leczeniu, które musi je przezwyciężyć i usunąć. Przedewszystkiem rozwiązać musi ono konflikt pomiędzy dążnościami popędowemi a socjalne-

mi danej jednostki. Rozwiązanie, idące po linji zaspokojenia wypieranych popędów, jest niemożliwe ze względu na sprzeciw dominującej w niej części socjalnej osobowości, nierozwiązanie go zaś wogóle — utrzymuje nadal stan nerwicowy. Pozostaje więc jedynie droga możliwie głębokiej rezygnacji z dążeń popędowych i ich sublimacja.

Leczenie, poprzestające jedynie na analizie choroby, jej okoliczności i na uświadamianiu neurotykowi wypartych kompleksów i wewnętrznych konfliktów, musi być uważane za niewystarczające, a przynajmniej za niewyczerpujące wszystkich możliwości psychoterapji. Choremu brak jest bowiem przedewszystkiem zdolności i umiejętności przezwyciężania i opanowywania swoich popędów. Celem leczenia musi więc być nietylko analiza, lecz także wychowanie neurotyka, zmierzające do zmiany jego kierunkowych linij i tendencyj życiowych. Leczenie staje się zatem walką z tendencjami popędowemi, które przeciwstawiają się mu w najbardziej różnorodny i osobliwy sposób, — jest stałą walką między lekarzem a chorym.

Podstawą leczenia jest możliwie dokładne i ścisłe poznanie wspomnianych linij kierunkowych i tendencyj neurotyka, motywów jego choroby oraz czynników, utrwalających go w dążnościach popędowych — asocjalnych. Freudowska psychoanaliza osiąga ten cel, stosując metodę wolnych kojarzeń. Metoda ta nie może jednak w sposób należyty spełniać swych zadań i nie jest wystarczającą. Badający jest przy stosowaniu jej całkowicie zależny od kojarzeń analizowanego. Może więc być i bywa często wprowadzany w błąd i kierowany na niewłaściwe drogi. Psychiczne skotoma bowiem analizowanego uniemożliwia mu spostrzeganie jego chorobowego kompleksu. Przeżycia zaś urazowe, będące jądrem szeregu nerwic są świadomie i starannie przez badanego ukrywane i przeważnie nie dochodzą do wiadomości leczącego. Przeciwstawić się tym oporom i pokonać owe trudności musi lekarz, dysponując techniką, która w możliwie najwyższym stopniu uniezależniłaby go od wypowiedzi chorego. Temu postulatowi czyni zadość w stosunkowo najszerszym zakresie metoda S t e k l a, oparta na analizie całokształtu życia, objawów chorobowych i przedewszystkiem marzeń sennych neurotyka.

Interpretacja marzeń sennych odgrywa w metodzie S t e k l a szczególnie ważną rolę. Uważa on marzenie senne za najprostszą

i najkrótszą drogę do poznania wszelkich problemów nerwicowych. W odróżnieniu od Freuda widzi Stekel w marzeniu sennem nietylko przejawy psychiki, nieświadomej czy podświadomej, lecz także wyraz całokształtu psychiki danej jednostki, wyraz wszystkich jej dążności. Widzi w niem również — w przeciwieństwie do ortodoksyjnej psychoanalizy — nietylko spełnienie życzeń infantylnych, seksualnych i kryminalnych, lecz oprócz tego kierunku retrospektywnego marzenia sennego, znajduje w niem przekrój aktualny psychiki ze wszystkiemi jej dążnościami i konfliktami oraz kierunek prospektywny, rozwiązujący dawne i aktualne problemy nietylko w katagogiczny, lecz również, a nawet przeważnie, anagogiczny sposób. Odzwierciedlenie bowiem znajdują nietylko tendencje katagogiczne, lecz w równej mierze także i anagogiczne. Bogata problematyka życia osobnika odbija się w każdem jego marzeniu sennem: stwierdza się zawsze ustosunkowanie się jego do zagadnienia życia i śmierci, znajduje problemy religijne, moralne, ambicjonalne, seksualne (homo i heteroseksualne oraz infantylne). U neurotyka zaś marzenie senne zawiera zawsze przedstawienie jego nerwicy — jej motywów, linij kierunkowych i centralnej idei oraz przeżycia urazowego (o ile takie oczywiście miało miejsce). W czasie leczenia marzenie senne wyraża każdorazową sytuację analityczną i demonstruje źródła oporów.

Interpretacja marzeń sennych Stekla — w przeciwstawieniu do freudowskiej, poszukującej ukrytej treści — oparta jest przedewszystkiem na treści jawnej. Stekel symplifikuje marzenia senne i redukuje je do afektów, którym przypisuje rolę podstawową; opiera się dalej na symbolice wielokształtnej i indywidualnej, interpretuje powtarzające się motywy i antytezy; tłumacząc funkcjonalnie, znajduje obraz procesu myślowego. Jedynie dla tłumaczenia materjalnego posługuje się wolnem kojarzeniem.

Materjał, uzyskany w ten, niezależny od neurotyka, sposób, pozwala na szybkie zrozumienie nerwicy i aktywne przeciwdziałanie i zwalczanie jej.

Lekarz nie jest biernym widzem dramatu, rozgrywającego się w duszy chorego, ani tylko reflektorem, oświetlającym mroki i zakamarki jego psychiki. Ustosunkowuje się czynnie do choroby — i to zarówno w sposobie, jak i celu leczenia. Aktywna metoda Stekla powoduje także skrócenie czasu kuracji i przeciwdziała w ten sposób ujemnym skutkom biernej psychoanalizy: długotrwałości czasu jej trwania i kosztom. Zbyt długie bowiem

leczenie pociągnąć może za sobą trwałą, nieodwracalną regresję do dzieciństwa; bierna metoda psychoanalizy, zdana przedewszystkiem na wolne kojarzenia, wymaga bardzo długiego okresu czasu, sięgającego roku i dłużej, co pociąga za sobą odpowiednio znaczne koszta.

Skrócenie terminu leczenia może być osiągnięte zarówno przez aktywną technikę leczniczą, jak i przez zwężenie zakresu leczenia.

Bardzo znaczna liczba nerwic jest powodowana przez czynniki aktualne. Rozwiązanie aktualnego konfliktu wewnątrz-psychicznego i usunięcie objawu nerwicowego jest częstokroć zupełnie wystarczające dla uzyskania praktycznego wyleczenia. Konieczność głębokiej analizy, sięgającej do wczesnego dzieciństwa, zachodzi jedynie w niektórych nerwicach. Termin 4—16 tygodni jest terminem dostatecznym dla przeprowadzenia pomyślnego leczenia. Nerwice, które w tym okresie czasu nie poddadzą się działaniu leczniczemu trzeba uważać za nieuleczalne. Do takich nerwic należeć będą te, w których nastąpiło głębokie naruszenie kompleksu autorytetu i takie, w których całkowita niemożność zmienienia warunków życiowych wyklucza jakiekolwiek zaspokojenie czy sublimację popędu.

Jeśli chodzi o rolę leczącego, to psychoanaliza Stekla stawia w tym kierunku określone wymagania: psychoanalityk nie może nie być lekarzem, a to ze względu na niebezpieczeństwo przeoczenia organicznego schorzenia cielesnego jak i psychozy. Musi następnie sam poddać się psychoanalizie dla uwolnienia się od kompleksów, które stwarzają u niego skotoma dla podobnych kompleksów analizowanego. Metoda Stekla stawia wysokie wymagania intuicji lekarskiej, która w aktywnej i szybkiej metodzie wykrywania i zwalczania kompleksów, przy uwzględnieniu wielokierunkowości nerwicy i właściwości indywidualnych charakteru poszczególnych neurotyków, odgrywa znaczną rolę.

W pracy swej analityk opiera się na tendencjach anagogicznych neurotyka i na pozytywnem ustosunkowaniu się afektywnem do niego powstałem naskutek procesu przeniesienia. Wywołując przez psychoanalityczne przeżycie wstrząsy uczuciowe, zmierza do zburzenia w chorym dawnych ideałów, tajemnych celów życia i patologicznych fiksacyj. Usuwa dyssocjację i dysharmonję psychiczną. Przeprowadziwszy psychoanalizę, zmierza do psychosyntezy, buduje nowy plan życia, czyniąc neurotyka przez zmianę jego nastawień i pogodzenie z rzeczywistością znowu socjalnym i zdolnym do odczuwania zpowrotem utraconej radości życia.

PIŚMIENNICTWO.

Adler Alfred: Über den nervösen Charakter, Wiesbaden 1922; Studien über Minderwertigkeit von Organen, München 1927; Praxis und Theorie der Individual Psychologie, München 1930; Das Problem der Homoseksualität, München 1917. Freud Sigmund: Gesammelte Schriften, Wien. Jung C. G.: Wandlungen und Symbole der Libido, Wien 1912; Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben, Zürich 1929; Über die Energetik der Seele, Zürich 1928; Seelenprobleme der Gegenwart, Zürich 1931. Stekel Wilhelm: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung, Wien 1924; Onanie und Homoseksualität, Wien 1923; Die Geschlechtskälte der Frau, Wien 1927; Die Impotenz des Mannes, Wien 1920; Psychoseksueller Infantilismus, Wien 1922; Impulshandlungen, Wien 1922; Der Fetischismus, Wien 1923; Sadismus und Masochismus, Wien 1925; Zwang und Zweifel, Wien — I Teil 1927, II Teil 1928; Die Sprache des Traumes, München 1927; Die Träume der Dichter, Wiesbaden 1912; Fortschritte und Technik der Traumdeutung, Wien 1935; Die Technik der Psychoanalyse, Psychoanalytische Praxis — Bd. I, II, III, Leipzig 1931, 32, 33.

DR. KAZIMIERZ SZCZYTT.

O CHRONAKSJI U CZŁOWIEKA I ZNACZENIU JEJ POMIARÓW W NEUROLOGJI I PSYCHJATRJI.

(STRESZCZENIE ZBIOROWE).

Dawniejsi badacze sądzili, że czas, przy drażnieniu prądem mięśnia lub nerwu, nie odgrywa żadnej roli. Du Bois-Reymond około roku 1848 uzależniał siłę skurczu mięśnia pod wpływem prądu od zmian natężenia prądu, które musiało być wyższe od najmniejszego natężenia, wywołującego już skurcz mięśnia. Autor uważał, że czas przepływu prądu nie gra żadnej roli przy powstawaniu skurczu mięśnia, a wyłączną jego przyczyną jest szybkość zmian natężenia prądu. Przy ówczesnym stanie techniki czas przepływu prądu, który stosowano w doświadczeniach, nie mógł być krótszy od 0,005 sek. W 1889 r. D'Arsonval i Chaveau wprowadzili do elektrofizjologji kondensatory. W r. 1890-94 N. Cybulski i Zanietowski (w Krakowie) pierwsi zastosowali wyładowania kondensatorów do badań pobudliwości żywej tkanki, zapoczątkowując nową erę w technice doświadczalnej. Opierając się na badaniach D'Arsonval'a, Hoorveg badał pobudliwość tkanki pod wpływem wyładowań kondensatorów. Jak wiadomo czas wyładowania kondensatora zależy od jego pojemności C i od oporu obwodu R: jest więc proporcjonalny do RC. Dobierając odpowiednio małe pojemności kondensatorów autor otrzymywał bardzo krótki czas ich wyładowania, którego jednak nie mógł zmierzyć, ponieważ nie znał oporu obwodu R (opór skóry i tkanek człowieka u którego przeprowadzał badania). Autor wykazał, że napięcie w okresie wyładowania kondensatorów spada w miarę wydłużania czasu wyładowania, do pewnej wielkości, począwszy od której napięcie (woltaż) pozostaje bez zmian, niezależnie od pojemności kondensatora. Weiss w 1901 r. przeprowadzał badania nad pobudliwością mięśnia żaby, stosując zamiast kondensatorów prąd stały przerywany w czasie przepływu, odpowiadający szybkości wystrzelonej z pistoletu kuli, przebiegającej określony odcinek, który mógł ulegać zmianie zależnie od warunków doświadczenia. Autor otrzymywał w ten spo-

sób prąd o pożądanem napięciu i o czasie trwania w granicach około 0,1 sigm (sigma = 0,001 sek.). Napięcie potrzebne do otrzymania skurczu ulegało w tych warunkach zmniejszeniu do pewnej wartości, która pozostawała bez zmian, mimo wydłużania czasu przepływu prądu. Począwszy dopiero od 0,003 sek. napięcie a także natężenie nie ulegało dalszym zmianom. Czas 3 sigm jest zbliżony do czasu, który w swych badaniach stosował Du Bois-Reymond.

Z powyższego wynika, że prawo Weissa wyjaśnia znaczenie czasu przy podrażnieniach elektrycznych mięśni. Długość przepływu nabiera znaczenia, o ile czas trwania prądu jest bardzo krótki (krótszy niż 3 sigmy jak w poprzednich badaniach). Dla wartości zaś czasu trwania prądu powyżej pewnego minimum, czas ten niema żadnego znaczenia i tu sprawdzają się w całej rozciągłości prawa du Bois-Reymonda, Pflügera i innych dawniejszych badaczy. Jeszcze uprzednio na znaczenie czasu działania prądu na mięsień i nerw zwrócił uwagę N. Cybulski, który w pracy z 1889 r. pt. „O zastosowaniu kondensatora do podrażnień nerwu i mięśni“ mówi co następuje: „Przy zastosowaniu elektryczności jako bodźca fizjologicznego spotykamy jeszcze nowy czynnik, którym jest czas w ciągu którego zachodzi jakaś zmiana[1])“. Większość autorów cudzoziemskich nie zapoznała się z pracą Cybulskiego, ponieważ była ona drukowana wyłącznie po polsku. Do kwestji tej znacznie później powraca Lapicque, który, omawiając prawo pierwszeństwa Cybulskiego i Zanietowskiego, pisze: „qu'on puisse facilement excuser l'ignorance d'un travail publié uniquement en polonais“. Lapicque w swych badaniach wykazał, że istnieje ścisły związek pomiędzy szybkością skurczu mięśnia i jego pobudliwością, określoną z punktu widzenia czasu. Aby móc ująć liczbowo zjawiska pobudliwości w swych dalszych badaniach, wprowadził pojęcie reobazy, która stanowi próg pobudwości danej tkanki dla prądu galwanicznego włączonego raptownie. Ponieważ reobaza ulega łatwo zmianom w zależności od wielu czynników, w szczególności zaś od techniki badania, Lapicque w 1909 r. wprowadził pojęcie chronaksji. Chronaksja to najkrótszy czas przepływu prądu, o napięciu odpowiadającem podwójnej reobazie, który znajduje się na progu pobudliwości badanej tkanki (np. wywołuje najmniejszy dostrzegalny skurcz włókien mięsnych). Do pomiarów

[1]) Cytowane według pracy: Doc. Dr. Hurynowicz — „Nerwy iteratywne w świetle badań metodą chronaksji“. Wilno 1929 r.

chronaksji Lapicque używał wyładowań kondensatorów, których czas wyładowania jest proporcjonalny do iloczynu RC (oporu przez pojemność). Oznaczając czas przez T możemy napisać, że T = KRC. Autor wyeliminował wahania oporu badanej tkanki, stosując rozgałęzienie prądu o wiadomym oporze, w ten sposób otrzymał stały opór w obwodzie wyładowania kondensatorów. Współczynnik K obliczył drogą doświadczalną, porównywując wyniki wyładowań kondensatorów z liczbami otrzymanemi przy pomocy pistoletu Weissa. Stała ta wynosi 0,37. Dla każdego typu aparatu skonstruowanego do pomiaru chronaksji przez Bourguignona, podana jest stała, odpowiadająca temu współczynnikowi oraz oporom umieszczonym w aparacie (wynosi ona 4 lub 5). Aby otrzymać chronaksję w sigmach (tysięcznych sekundy) mnożymy otrzymaną przy pomiarze pojemność w mikrofaradach przez 4 lub 5. Widzimy więc, że wielkość chronaksji jest wyłącznie uzależniona od pojemności użytych kondensatorów, których wyładowanie odpowiadało progowi pobudliwości badanej tkanki. Lapicque doszedł do przekonania, że chronaksja określa pobudliwość tkanki i że nie ulega zmianie w zależności od warunków doświadczenia, o ile te warunki nie wpływają na samą jej pobudliwość. Mięśnie prążkowane wraz z unerwiającemi je włóknami nerwowemi mają zasadniczo jednakową chronaksję. Jest to tak zwana zasada izochronizmu nerwowo-mięśniowego. Jeśli stosunek chronaksji mięśnia do chronaksji nerwu przekracza stosunek 1:2, ewentualnie 1:3 to mięsień traci swą pobudliwość, zależną od wpływu włókien nerwowych. Bourguignon udowodnił, że wielkości chronaksji, otrzymane przy pomiarach przez nieuszkodzoną skórę, odpowiadają w zupełności pomiarom chronaksji tychże mięśni oraz nerwów dokonanym na preparatach izolowanych. W ten sposób mierzenie chronaksji u człowieka stało się możliwem; technika tych pomiarów nie jest jednak łatwa i wymaga pewnego doświadczenia. Bourguignon odróżnia 3 rodzaje chronaksji mięśniowej u człowieka: chronaksję dużą, średnią i małą. Każdemu rodzajowi odpowiadają pewne grupy mięśni synergicznych to jest jednocześnie działających i wykonywujących określone ruchy (np. zginanie ramienia lub prostowanie przedramienia). Małą chronaksję, która leży w granicach 0,06—0,14 sigm mają zginacze proksymalne[1]) np. ramienia,

---

[1]) Okolice proksymalne według Bourguignona są to: szyja, plecy, ramiona, biodra i uda; okolice dystalne stanowią głowa, twarz, przedramiona, ręce, podudzia i stopy.

średnią chronaksję leżącą w granicach 0,16—0,34 sigm posiadają prostowniki proksymalne i zginacze dystalne, wreszcie dużą chronaksję znajdującą się w granicach 0,40—0,70 sigm posiadają prostowniki dystalne. Stosunek chronaksji mięśni agonistów do antagonistów odpowiada stosunkowi 1:2 lub najwyżej 1:3. Widzimy, że podział ten jest czynnościowy i nie zależy od tego jaki nerw unerwia dany mięsień, ani też, od której pary korzonków rdzeniowych dane włókna nerwowe pochodzą. Poza chronaksją ruchową istnieje chronaksja czuciowa skórna trzech rodzaji; odpowiadają one czuciu dotykowemu, bólowemu i czuciu palenia. Chronaksja czucia dotykowego skóry danej okolicy jest równą chronaksji ruchowej mięśni głębiej leżących (naprz. chronaksja czucia dotykowego dłoni jest równa chronaksji zginaczy przedramienia i t. p.). To jest tak zwana zasada izochronizmu czuciowo-ruchowego. Odruchy są uwarunkowane przez ten izochronizm. Naprz. odruch podeszwowy obronny zależy od izochronizmu skóry podeszwy i mięśni zginaczy palców; przy odruchu kolanowym, poza skurczem mięśnia czworogłowego, Bourguignon stwierdził czynny współudział mięśnia krawieckiego, należącego do tejże samej grupy czynnościowej. Z punktu widzenia mechanizmu odruchów, który nam tłumaczy chronaksja, autor uważa, że niema zasadniczej różnicy między odruchami skórnymi i ścięgnowymi.

Występowanie odruchów patologicznych tłumaczy się zaburzeniami izochronizmu czuciowo-ruchowego: naprz. przy odruchu Babińskiego powstaje izochronizm pomiędzy skórą podeszwy i prostownikiem palucha. Przy uszkodzeniu dróg piramidowych w mózgowiu lub rdzeniu stosunek chronaksji zginaczy i prostowników palucha ulega odwróceniu: chronaksja zginaczy zmniejsza się o połowę, a wartość chronaksji prostowników się powiększa; chronaksja czuciowa pozostaje bez zmian. To jest jeden z mechanizmów powstania odruchu Babińskiego. Jeśli uszkodzenie w układzie nerwowym ośrodkowym nie dotyczy wyłącznie dróg nerwowych ruchowych, lecz obejmuje także neurony czuciowe, jak n. p. przy zespołach talamicznych, to występuje poza odwróceniem stosunku chronaksji zginaczy i prostowników palucha, także kilkakrotne wydłużenie chronaksji czuciowej skóry podeszwy; chronaksja prostowników palucha powiększa się przytem bardzo znacznie.

Mamy tu więc mechanizm czuciowo-ruchowy powstawania odruchu Babińskiego, podczas gdy w pierwszym przypadku mechanizm ten jest wyłącznie ruchowy.

Przy zespołach pozapiramidowych np. przy parkinsoniźmie najczęstsze zaburzenia chronaksji polegają na jej tendencji do wyrównania chronaksji zginaczy i prostowników. Powiększenie chronaksji bywa zwykle mniejsze niż w zespołach piramidowych. Przy zaburzeniach móżdżkowych objawem podstawowym jest występowanie zaburzeń równowagi chronaksji mięśni odwracających i nawracających, co nam tłumaczy mechanizm zjawiska adiadochokinezy, a także zaburzeń równowagi chronaksji mięśni przednich i tylnych ramienia, czem możemy tłumaczyć występowanie drżenia zamiarowego. Przy uszkodzeniach rdzenia kręgowego często bardzo występują naprzemienne zaburzenia chronaksji czuciowej i ruchowej nazwane przez Bourguignona „chronaksyjnym zespołem Brown-Séquarda". W tych przypadkach znajdowane są zmiany chronaksji czuciowej po jednej stronie, ruchowej zaś po stronie przeciwległej. Zjawisko to spotykamy o wiele częściej niż zespół kliniczny Brown-Séquarda, przy którym stale stwierdzamy obecność zespołu chronaksyjnego. Niektórym przypadkom uszkodzenia rdzenia towarzyszą jednoczesne zmiany chronaksji czuciowej skóry podeszwy oraz chronaksji mięśni zginaczy palców tejże stopy. Mamy tu więc zmiany patologiczne chronaksji na stopie, uzależnione od uszkodzenia układu nerwowego ośrodkowego, mimo braku odruchu Babińskiego.

Widzimy więc, z krótkiego opisu zespołów chronaksyjnych, że pomiary chronaksji ruchowej i czuciowej mogą stanowić ważny środek rozpoznawczy w neuropatologji oraz ułatwić określenie lokalizacji uszkodzeń i zmian chorobowych w układzie nerwowym. Zauważono, że przy uszkodzeniach włókien nerwowych występują zmiany nietylko w zakresie neuronu, do którego dane włókna należą, lecz również i w innych neuronach z nim skojarzonych np. w nerwach przeciwległej połowy ciała analogicznych do uszkodzonych nerwów lub nawet w nerwach bardziej odległych. Wiadomem jest, że przy zranieniu przypuśćmy prawego nerwu promieniowego, poza mięśniami unerwianymi przez uszkodzone włókna, znajdziemy zmiany chronaksji także i w zakresie mięśni unerwianych przez lewy nerw promieniowy. Zmiany te posiadają charakter czynnościowy i są zwykle przejściowe, chociaż mogą trwać czas dłuższy. Zjawisko to, mające duże znaczenie zarówno teoretyczne jak i praktyczne, nazwał Bourguignon „prawem odbicia" (loi de répercussion). Chronaksja mięśniowo-nerwowa u noworodka jest od 1,5 do 10 razy większa niż u człowieka dorosłego, przyczem u noworodka chro-

naksja mięśni rąk i stóp jest krótsza, niż chronaksja mięśni ramion i ud; zachodzi tu więc stosunek odwrotny niż u dorosłego, co tłumaczymy większą szybkością ruchów rąk i stóp u noworodka. U dziecka 16—20 miesięcznego chronaksja mięśniowa dochodzi do liczb obserwowanych u dorosłego. Wyższe ośrodki układu nerwowego (z których wiele dopiero w pierwszych miesiącach życia zaczyna funkcjonować) wywierają znaczny wpływ na chronaksję nerwów obwodowych i mięśni, co zostało stwierdzone przez Lapicque'a, który to zjawisko nazwał „prawem subordynacji" (loi de subordination). Autor odróżnia chronaksję konstytucyjną, zależną wyłącznie od struktury tkanki i jej pobudliwości, oraz chronaksję subordynacyjną, która ulega zmianie pod wpływem czynności wyższych ośrodków nerwowych. Chronaksja noworodka jest więc bliższa chronaksji konstytucyjnej, niż chronaksja człowieka dorosłego. Do rzędu chronaksyj czuciowych należą chronaksje nerwów wzrokowego i przedsionkowego. Czas ich jest o wiele dłuższy od czasu innych chronaksyj mierzonych u człowieka. Zmiany wielkości chronaksji układu wzrokowego wskazują na schorzenie elementów nerwowych narządu wzrokowego lub dróg wzrokowych. Przedmiotem dużego zainteresowania dla psychjatrji jest chronaksja nerwu przedsionkowego; dla jej określenia wywołujemy podrażnienie kanałów półkolistych błędnika, podobnie jak przy próbie Barany'ego. Nie dochodzimy przytem do oczopląsu, lecz poprzestajemy na podrażnieniu powodującem lekkie pochylenie głowy badanego w prawą lub lewą stronę. Chronaksja przedsionkowa jest najdłuższą ze wszystkich znanych nam chronaksyj u człowieka. Waha się ona w granicach 12—22 sigm (według Bourguignona) i wykazuje znaczne różnice indywidualne, które Bourguignon i jego uczniowie wiążą z temperamentem badanych. U osobników łatwo pobudliwych (émotifs) chronaksja wykazuje liczby od 12—16 sigm, u ludzi zaś mało pobudliwych (calmes) liczby te wahają się od 17—22 sigm. Chronaksja przedsionkowa stanowi więc cechę indywidualną, związaną z osobowością badanego. Osobowość człowieka w rozumieniu autora stanowiłaby z jednej strony jego sfera psychiczna (intelektualna), nie dająca się zmierzyć za pomocą chronaksji, i z drugiej strony ważnym składnikiem osobowości ludzkiej byłby stan napięcia układu wegetatywnego, z którym nerw przedsionkowy jest ściśle czynnościowo związany. Na to wskazywałaby również wielkość jego chronaksji nie różniąca się tak bardzo

od wielkości chronaksyj układu wegetatywnego. Poglądy i teorje J. Mazurkiewicza na doniosłość układu wegetatywnego, jako podłoża dla sfery afektywnej u człowieka, znajdują całkowite potwierdzenie w badaniach wahań chronaksji przedsionkowej pod wpływem wzruszenia. Jak wykazują badania J. Skrzypińskiej chronaksja przedsionkowa w przebiegu cyklu życiowego ulega stałemu wzrostowi. Liczby określone przez Bourguignona są rzeczywiste jedynie w granicach wieku od lat 16—50. Chronaksja paromiesięcznego niemowlęcia wynosi od 0,4—1 sigm. Następnie chronaksja z każdym rokiem wzrasta. Po przekroczeniu lat 50-ciu liczby chronaksji przedsionkowej stają się większe od liczb ustalonych przez Bourguignona. Najwyższe liczby stwierdzane u 80—85-cio letnich starców wahały się od 35—50 sigm. Chwilowe stany wzruszeniowe obniżają przejściowo chronaksję przedsionkową, przyczem spadki te u osób starszych są stosunkowo znacznie większe, niż u osób młodych i dzieci. Pozatem stwierdzono (M. Kaczyński i K. Szczytt), że wprowadzenie do organizmu adrenaliny powodowało najczęściej bardzo znaczne obniżenie chronaksji przedsionkowej, sięgające niekiedy do 1/3 a nawet 1/4 jej pierwotnej wartości. Atropina w małych dawkach (0,5 miligr.) oraz inne środki wagotropowe jak acekolina powodowały wyraźny wzrost chronaksji. Po wprowadzeniu dużych dawek atropiny (1,5—2,5 miligr.) i wystąpieniu objawów porażenia układu parasympatycznego (częstoskurcz, zrównanie ilości uderzeń tętna w pozycji stojącej i leżącej), chronaksja przedsionkowa wykazywała dość znaczny spadek. Badania powyższe przeprowadzane były na materjale psychicznie chorych; wykazują one dość zgodnie, że reakcje sympatykotoniczne powodują spadek liczb chronaksji przedsionkowej, reakcje zaś wagotoniczne powodują wzrost tych liczb. Chronaksja nerwu przedsionkowego przy schorzeniach psychicznych ulega dużym wahaniom. Jak wynika z badań Bourguignona, Claude'a i Baruka, w stanach podniecenia schizofrenicznego może ona spadać do 1,5—2 sigm, podczas gdy w pewnych przypadkach idjotyzmu mongoloidalnego połączonego z dużą apatją wynosić może do 1,5 sek. (1500 sigm). Podczas głębokiego stuporu pomiary chronaksji przedsionkowej dają niekiedy liczby 80—90 sigm. Jeżeli w tych przypadkach uda nam się sztucznie przerwać na chwilę stan osłupienia przy pomocy drażnienia chorego bodźcami zewnętrznemi, to chronaksja spada do 6—7 sigm. Znane są także stany stuporu przy

których chronaksja jest stale poniżej normy, przyczem wartości jej są niejednakowe dla obu nerwów przedsionkowych; w chwilowych przerwach stanu osłupienia chronaksja ulega obustronnie wyrównaniu. Przy przejściu ostrej psychozy w przewlekłą, chronaksja przedsionkowa często dochodzi do wartości, która niewiele odbiega od normy, mimo wzrastającej desintegracji psychicznej. Dokładniejsze wahania chronaksji przedsionkowej w przebiegu poszczególnych psychoz nie są dotychczas zbadane.

DR. JULJAN DRETLER.

SCHIZOFRENJA A GRUŹLICA.

(STRESZCZENIE ZBIOROWE).

Badania nad zależnością wzgl. współistnieniem gruźlicy i schizofrenji datują się od dawna i przechodziły, jak każde zresztą poważniejsze zagadnienie, szereg zmiennych kolei. Obecność i częstość występowania gruźlicy w chorobach, które ujmowano naprzód w ramy „vesania", potem „dementia praecox", a w końcu „schizophrenia", zwróciły na siebie uwagę wielkich klinicystów ubiegłego stulecia. Morel w swej koncepcji degeneracji przypisywał gruźlicy duże znaczenie w powstawaniu postępującego zwyrodnienia psychicznego i umieszczał ją obok „manie simple" i „bouffées délirantes", Kahlbaum dopatrywał się wspólnej patogenezy w katatonji i gruźlicy, a Kraepelin posunął się nawet tak daleko, że w pierwszych wydaniach swojej „Psychjatrji" uważał dementia praecox za przewlekłe zatrucie jadem gruźliczym. Stanowisko to później zmienił i w dalszych wydaniach swego podręcznika (od V począwszy), podkreśla już tylko jedynie niezwykłą częstość gruźlicy u chorych na otępienie wczesne.

Po tej pierwszej fazie badań przyszła z końcem wojny światowej faza nowa. Badania przeprowadzano na dużym materjale statystycznym przy pomocy szeregu prac pomocniczych — sero- i roentgenologicznych. W odniesieniu do osiągniętych wyników tych dociekań większość badaczy zajmuje stanowisko biegunowo przeciwne. Ocenę tych wyników możnaby wyrazić słowami Terajewicza, który na podstawie obfitego materjału kobierzyńskiego i dokładnej analizy literatury przedmiotu doszedł do przekonania, że „gruźlica grasuje u schizofreników ze szczególną gwałtownością 1) z powodu zaniedbania zdrowia cielesnego przez schizofreników jeszcze przed przybyciem ich do zakładu, 2) złych warunków higjenicznych szpitali psychjatrycznych, spowodowanych przeważnie nadmiernem ich przepełnieniem". Z chwilą, gdy opieka społeczna zacznie dbać więcej o ludność, a zakłady będą mo-

gły zastosować lepsze warunki higjeniczne — współistnienie tych chorób, dotychczas obserwowane tak często, stanie się tylko przypadkiem.

Już w tym okresie negatywnych poglądów na rolę gruźlicy w powstawaniu schizofrenji, pojawia się praca F. Minkowskiej, która na podstawie dokładnej analizy dwu rodzin w szeregu pokoleń dochodzi do wniosku, że gruźlica w rodzinach niejako schizofrenicznie „stygmatyzowanych" występuje znacznie częściej, niż u reszty ludności, i to także u osobników, których nie można zaliczyć do grupy schizofrenji. Początkowo nie zwrócono na to spostrzeżenie uwagi. Dopiero w ostatnim czasie powrócono znów do tego zagadnienia. Monachijska szkoła badań dziedziczności przeprowadziła kilka badań analogicznych. Luxenburger dochodzi na podstawie seryjnych badań schizofreników i ich rodzin do przekonania, że pomiędzy obydwoma chorobami istnieje wyraźny związek geniczny. U zdrowych członków rodzin schizofrenicznych gruźlica grasuje w tym samym stopniu i nasileniu liczbowem, co u schizofreników; znacznie jednakże silniej, niż u reszty ludności, nie mającej krewnych schizofreników. Luxenburger wysuwa nawet tezę, że uraźność mezodermalna (gruźlica) łączy się w dziwny, a niedający się narazie wyjaśnić sposób, z uraźnością ektodermalną, która, według badań szkoły monachijskiej, jest właściwa schizofrenji. Schultz w badaniach swoich nad przeciętnem obarczeniem ludności potwierdza badania Luxenburgera, idąc nawet tak daleko, że w rodzinach, silnie obarczonych gruźlicą, każe szukać schizofrenji, a w razie nieznalezienia jej każe daną rodzinę podejrzewać o obarczenie „in potentia", które z powodu formy heterozygotycznej nie mogło się ujawnić.

Niemal równolegle z temi badaniami przeprowadzono badania bakterjologiczne i serologiczne, posługując się doświadczeniami kontrolnemi na świnkach morskich. Spopularyzowanie się metody Loewensteina hodowania laseczek Kocha z krwi ułatwiło technikę badań. Szereg prac poświęcono szukaniu laseczek w krwi schizofreników. Wyniki tych prac były różne, — niektórzy autorowie znajdowali je stale we krwi, inni nie dostrzegali ich nigdy. Argument błędu technicznego musiał tu odpaść z chwilą, gdy ci sami badacze, którzy znajdowali prątki u chorych na gruźlicę prosówkową, z krwi schizofreników wyhodować ich nie potrafili. W każdym razie u schizofreników nie wykazujących gruźlicy czynnej, laseczek kwasoodpornych przeważnie nie znajdowano, stwierdzenie

ich zaś u gruźlików ze schizofrenją nie jest żadnym ważkim argumentem ani dla jednego, ani dla drugiego obozu badaczy. Przed kilku laty Hollander zapoczątkował szczepienie świnki morskiej krwią i płynem mózgowo-rdzeniowym. Ogłosił kilka prac, które jednak oparł na bardzo szczupłym materjale doświadczalnym (niektóre z nich z wynikiem dodatnim opierają się zaledwie na 3 szczepieniach). Mimo to wyniki jego doświadczeń były zachęcające. Hollander znajdował prawie stale w gruczołach limfatycznych świnki morskiej gruźlicę po szczepieniu płynem mózgowo-rdzeniomym, nieco rzadziej po szczepieniu krwią schizofrenika. Pod wpływem tych badań rozpoczyna Claude ze swoimi współpracownikami szereg badań i doświadczeń, które można podzielić na dwa etapy. W pierwszym etapie badał zwyczajne posiewy z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego schizofrenika — wyniki tych badań były prawie zawsze dodatnie; podobnie dodatniemi wynikami mógł się wykazać, gdy następnie rozpoczął szczepienie świnek morskich. Zaczęto więc mówić o schizofrenji jako o „toxicose tuberculeuse", dając tem powód do wystąpień dyskusyjnych Marchanda, który oddawna stał na stanowisku etjologji zapalnej schizofrenji („encéphalite psychosique chronique"). W dalszej fazie badań wyniki przestają być tak pewne, — coraz mniej jest wyników dodatnich, coraz częściej spotyka współpracowników Claude'a zawód. W jednej z ostatnich prac na ten temat ogłoszonych, razem z pracownikami Instytutu Pasteura, Claude wycofuje się zupełnie z zajmowanego dotychczas stanowiska. Przyznaje, że wyniki dodatnie mogą być pochodzenia zewnętrznego (coëfficient d'alienation), zależnego od długiej choroby psychicznej. We wnioskach ostatecznych dochodzą wspomniani badacze do uwagi sceptycznej: Niezwykła częstość gruźlicy u schizofreników jest faktem niezaprzeczalnym, ale jakie są przyczyny tej częstości — niewiadomo, doświadczenia bowiem z przeszczepianiem płynu i krwi na świnki nie dały zgodnej co do wyników odpowiedzi.

W kilku innych pracach, głównie anatomicznych, stwierdzono sprawy zapalne w oponach i w korze schizofrenika. Zmiany te ujmowano jako gruźlicze i splatano z procesem psychotycznym w jeden układ patogenetyczny. Badania własne[1]) na kilkudziesięciu mózgach schizofreników wykazały jednak, że wnioski te, oparte zresztą na fałszywem odczytaniu preparatu, przekraczają stanow-

[1]) Przedstawiona w międzyczasie na posiedzeniu Pol. Tow. Biol. w Warszawie.

czo nasze uprawnienia do wnioskowania o korelacji anatomo-klinicznej na podstawie preparatu histologicznego. W materjale naszym można zupełnie wyraźnie oddzielić prawdziwe procesy gruźlicze w oponach i korze, spotykane w tych przypadkach, które przyżyciowo wykazywały gruźlicę opon lub gruźlicę prosówkową, od zmian anatomicznych, które można spotkać w każdym długo chorującym mózgu, a które są niespecyficzne, często przedagonalne, o charakterze rzekomo zapalnym.

Inna grupa autorów stara się, jak to ostatnio czynił Tripi, uszeregować obrazy psychopatologiczne, a nawet typy przebiegów według jakości procesu gruźliczego. Przy gruźlicy rozpadowej mają przeważać stany pomroczne i depresyjno-cenestopatyczne, w innych jej postaciach obrazy hebefreniczne, a co jeszcze, w innych wreszcie typach zachorzenia gruźliczego występować mają stany urojeniowe. Wprawdzie obserwacja kliniczna poucza, że w niektórych ostro przebiegających stanach zachorzenia gruźliczego mamy nawarstwienie zespołu egzogennego, podobnie jak wiemy o dołączaniu się komponenty cenestopatycznej w gruźlicy organów wewnętrznych, to jednakże wyciąganie z tych stosunkowo rzadko spotykanych przypadków wniosków, stojących w krańcowej sprzeczności z dzisiejszym stanem doświadczenia klinicznego i genetyką schizofrenji, jest odwróceniem znaczenia cechy istotnej i ubocznej w obrazie klinicznym schizofrenji.

Jak z tego przeglądu wynika, pewną jest jedynie niezaprzeczalna częstość zachorzenia gruźliczego u schizofreników, nawet w tych krajach, gdzie warunki zdrowotne ogólne, jak również szpitalne stoją na bardzo wysokim poziomie (Danja, Holandja i inne).

Doświadczenia na zwierzętach oraz próby hodowania prątków nie dały spodziewanych wyników, a obraz zaćmiewa fakt, że ostatnio wykryto szereg niegruźliczych, pasożytniczych prątków kwasoodpornych, których zwykłe wykrywanie przestało być wogóle jakimkolwlek dowodem. Podobnie badania anatomiczne nie dały wyników dodatnich, gdyż ich dać nie mogły. Jedynie obserwacje genealogiczne, pomijane zresztą przez przeważną część badaczy, wskazują, że jednak poza zwykłą zbieżnością istnieje jakiś głęboki, wymykający się ujęciu doświadczalnemu, związek między temi dwoma chorobami, przekraczający stanowczo granice przypadkowości[1]).

---

[1]) W międzyczasie pojawiła się praca N. Berlina w czasop. „Gruźlica" (1936r)., w której autor jest sceptycznie usposobiony do przyjęcia jakichkolwiek związków, zachodzących pomiędzy obydwoma chorobami. Współistnienie uważa on za przypadkowe.

PIŚMIENNICTWO.

Albane: Tuberculose et démence précoce. Thèse de Paris 1934. Ananiades, Papanargyrou, Scouras: Compt. r. Soc. Biol. 114. Arnould: Rev. Phitisiol. 15, Presse méd. 1934. Ballif, Ornstein, Lunevsky: Bull. Soc. Neur. roum. 15. Baruk, Biederman, Albane: Ann. Méd, Psych. 90/II. Beck: Compt. r. Soc. Biol. 116. Briau: Arch. intern. Neur. 52, 53. Casavola: Schizofr. 3. Ciarla: Osp. Psich. 2. Rass. Stud. Psich. 22. Claude, Coste: Compt. r. Soc. Biol. 116. Claude, Coste, Valtis, v. Deinse: Encéph. 1933. Claude, Dublineau, Borel, Rouart: Paris méd. 1934. Coste: Rev. Phtis. 15, Paris méd. 1934. Coste, Valtis, v. Deinse: Bull. Acad. Méd. 109. Couderc: Ann. méd. psych. 90/II. Fernandez: Zb. Neur. 75, 194. Ferrari: Zb. 72, 545. Goria: Schizofr. 5. Hollander, Rouvroy: Ann. méd. psych. 90/II. J. Neur. Belg. 32. Kinderman, Hofmann: Med. Klin. 1933. Luxenburger: Z. Neur. 123. Marcia: Riv. Pat. nerv. 43. Martinengo: Schizofr. 4. Massaut, Leroy, Hollander: J. Neur Belg. 32. Mc. Ghic, Brink: Am. J. Psych. 13. Melzer: Med. Welt 1933. Minkowska: Ann. méd. psych. 1922, ibid. 91/II. Pascal, Dussinet: Arch. int. neur. 51. Taussig, Guttwirt, Haskowec, Prokupek: Rev. Neur. Tcheche 30. Targowla: Arch. int. Neur. 52, Presse méd. 1933. Terajewicz: Med. Dośw. i Społ. XVII. Toulouse, Schiff, Valtis, v. Deinse; Ann. méd. psych. 90/II. Tripi: Zb. Neur. 61, ibid. 66, ibid. 76. Wechsler: Schweiz. Arch. Neur. Psych. 31.

Z WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DLA PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYCH W CHOROSZCZY.
DYREKTOR DR. ST. DERESZ.

DR. S. HRYNKIEWICZ.

O PRACY ZESPOŁOWEJ KLINICZNO-LABOROTORYJNEJ W SZPITALACH PSYCHJATRYCZNYCH [1].

Zjawiskiem charakterystycznem dla medycyny współczesnej jest dążenie do oparcia się przy stawianiu rozpoznania i podczas badań kontrolnych na faktach, jak najbardziej niezależnych od zmiennych właściwości najwięcej nawet wyszkolonych i zaostrzonych zmysłów, względnie od tego zespołu procesów, który określamy mianem intuicji lekarskiej. Stąd rozrost, nawet przerost, jak twierdzą niektórzy, badań pomocniczych wszelkiego rodzaju, w pierwszym zaś rzędzie badań chemiczno-serologicznych i biologicznych. Pracownie, istniejące początkowo jako skromny dodatek do kliniki, powiększają się coraz bardziej i stają się miejscem już nietylko dorywczego badania wydalin, ale miejscem, gdzie nieraz całkowicie decyduje się o losach chorego, miejscem, gdzie powstają własne tematy, gdzie stawia się problemy i poszukuje się nowych dróg w kwestjach patogenetycznych, diagnostycznych i leczniczych. W wyniku tych dążeń w ostatnich dziesiątkach lat wyrastają nowe dyscypliny jak h e m a t o l o g j a, l i q u o r o l o g j a i inne.

W pracowni odróżnić możemy dwie strony jej funkcji: stronę p r a k t y c z n ą oraz n a u k o w ą. Pod tym względem istnieje oczywiście pewna analogja z oddziałem szpitalnym. Na oddziale również nie można oddzielić pracy codziennej, mającej w pierwszym rzędzie za cel niesienie doraźnej pomocy choremu, od pracy twórczej, kiedyto myśl wybiega ku szerszym horyzontom naukowej syntezy.

---

[1]) Referat wygłoszony na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w Warszawie w dn. 11. XII. 1935.

Jeśli jednak na oddziale układa się ten stosunek sam przez się w naturalną, harmonijną całość, to w pracy laboratoryjnej do dnia dzisiejszego nie mamy ustalonego stanu rzeczy. Znajduje to swój wyraz między innemi w niejednakowej organizacji pracy w laboratorjach, i to nietylko w różnych krajach, ale nawet na terenie tego samego państwa. Tam, gdzie się uważa, że laboratorjum jest tylko mniej lub więcej ważnym dodatkiem do oddziału, tam wszystkie czynności w pracowni pozostają często całkowicie w ręku sił pomocniczych. Próbę zorganizowania w ten sposób pracy widzimy na obszarze całego państwa Rosji Sowieckiej. W zakładach o zainteresowaniach przedewszystkiem naukowych, widzimy w pracowniach w pierwszym rzędzie ludzi o ogólnem wykształceniu przyrodniczem, a nie specjalnie lekarskiem.

Powstaje zagadnienie, czy zakres prac lekarza szpitalnego ma objąć również i laboratorjum, czy też ta dziedzina ma być traktowana osobno, to znaczy, że muszą znaleźć się tutaj odpowiednio wykształceni i wykwalifikowani specjaliści.

Czy lekarz w pracowni ma być wykonawcą zleceń lekarza z oddziału, bo przecież sam nie ma pod swoją opieką chorego, nie zna go zupełnie.

Kto ma kierować planem badań laboratoryjnych — lekarz pracowni, który lepiej opanował tę stronę patologji, czy też przeciwnie — lekarz oddziałowy, który trzyma rękę na tętnie życia pacjenta? Innemi słowy jak się ma ułożyć współpraca pomiędzy kliniką i pracownią?

Że nie są to wyłącznie tylko teoretyczne rozważania, wie każdy, kto się zetknął z tą pracą w warunkach większego szpitala psychjatrycznego. Odpowiedź na postawione wyżej pytania nie jest łatwa; wskazuje na to chociażby ostatnio zaobserwowana w warunkach polskich rozbierzność zdań przy próbach organizowania nowych klinik uniwersyteckich w poszczególnych ośrodkach. Kierownik każdej kliniki dąży do jak najbardziej niezależnego urządzenia się, stara się o aparat roentgenowski, o pracownię anatomo-histologiczną, chemiczno-serologiczną itd. Życie wykazało bowiem, że zbytnie scentralizowanie, zarówno wyspecjalizowanych pracowników, jak i oddziałów, odrywa nazbyt lekarza od rzeczywistości, co odbija się szkodliwie przedewszystkiem na interesie chorych. Duże szpitale z licznemi oddziałami rozwiązują tę kwestję przeważnie

połowicznie, to znaczy, że niektóre badania przeprowadzają u siebie, a specjalne — powierzają centralnemu laboratorjum.

W zgoła odmiennych warunkach, znajduje się szpital psychjatryczny, albowiem ma przeważnie chronicznie chorych, a chorzy ci z punktu widzenia laboratoryjnego należą poniekąd do jednej kategorji. Nadto tu warunki rzeczywiste są zaprzeczeniem ideału racjonalnej proporcji między ilością lekarzy a liczbą chorych. Również specjalny skład chorych i ogólne warunki pracy narzucają inne załatwienie kwestji. Dalej uwzględnić tu należy racje czysto praktyczne, jak oszczędność czasu, materjału, pewien schematyzm w uzyskiwanych wynikach itd.

Możnaby oczywiście uczynić zastrzeżenie, że tworzenie zgóry szczegółowych programów nie prowadzi do celu, zawsze bowiem praca układać się będzie zależnie od indywidualności pracownika, czy też zespołu ludzi danego środowiska. Sytuacja jednak szpitali psychjatrycznych w obecnym okresie wymaga wytworzenia określonego poglądu na tę sprawę. Tendencja zniesienia z psychjatrycznych zakładów piętna zakładów detencyjnych i nadania im charakteru kliniczno-szpitalnego musi iść w parze z jasnym poglądem na projekt reorganizacji życia i pracy szpitalnej we wszystkich szczegółach.

Rola pracowni, zarówno anatomiczno-histologicznej, jak też bio-chemicznej musi być tu szeroko uwzględniona, jeśli znowu nie chcemy zacieśnić zgóry horyzontów szpitala jako zakładu leczniczego i jednocześnie badawczego. Dlatego też zagadnienie, o którem tu mowa, zasługuje na uwagę. Jakkolwiek życie jest płynne, a konkretne warunki i osoby zdawałoby się decydują o wszystkiem, to jednak wytworzenie pewnych wytycznych zgóry jest konieczne.

Stwierdzenie tych faktów nasuwa pewne wnioski i nakazy. Jeden z nich dotyczy życia wewnętrznego szpitala, czyli ułożenia współpracy wewnątrz zakładu, drugi — to sprawa nawiązania kontaktu z zewnętrznym światem naukowym.

Każdy chory w szpitalu psychjatrycznym musi być jak najdokładniej zbadany somatycznie i psychicznie oraz poddany wszechstronnemu badaniu laboratoryjnemu. Bada się więc płyn mózgowordzeniowy i krew nietylko na odczyn Wassermanna, lecz prze-

prowadza się także cały zespół badań morfologicznych, chemicznych i serologicznych w zakresie dzisiaj nam dostępnym. Ocena stwierdzanych ewentualnie zmian jest możliwą jedynie przy dokładnej znajomości stanu klinicznego. Praca w laboratorjum, pomimo że operuje tylko objektywnemi danemi i opiera się na cyfrach, barwach itp., nie polega bynajmniej na arytmetycznem podsumowywaniu szeregu zaobserwowanych objawów, lecz jest procesem twórczym przy ocenie i ustalaniu rozpoznania laboratoryjnego, w którem stan kliniczny musi być zawsze brany pod uwagę. Przy zbieraniu więc materjału i nadsyłaniu go do laboratorjum, poza rozpoznaniem musi być podany każdorazowo stan pacjenta. W ten sposób uzyskuje się rozpoznanie zespołowe, które jest wytyczną zarówno dla oddziału szpitalnego, jak też i dla pracowni. W każdym przypadku, za wyjątkiem tych, gdzie nie stwierdza się odchyleń od normy z punktu widzenia laboratorjum, muszą być przeprowadzone badania kontrolne. Inicjatywa do badań kontrolnych i uzupełniających może wychodzić zarówno z pracowni, jak i oddziału, ponieważ mogą być dwa odmienne podejścia do sprawy. W każdym razie, jeśli np. chodzi o badanie krwi, a w większości przypadków dotyczy to również i płynu mózgowordzeniowego, badanie jednorazowe jest absolutnie niewystarczające. Badanie zespołowe ma dalszy swój ciąg w postaci perjodycznego omawiania, pojedyńczych kwestyj czy całości pewnych zagadnień w świetle zdobytego materjału i odpowiedniej literatury.

W tym planie przesądza się poniekąd sprawę scentralizowania badań laboratoryjnych zarówno co do miejsca, jak i co do osób. Gdy chodzi o osoby, to oczywiście muszą istnieć takie warunki w pracowni, aby każdy z lekarzy oddziałowych mógł osobiście prześledzić w pracowni sprawę zmian u swojego pacjenta. Centralizacja taka jest konieczna zwłaszcza w przypadkach, w których chodzi np. o kontrolę stosowanego leczenia. Każde bowiem leczenie chemiczne i większość innych zabiegów leczniczych, w warunkach szpitalnych winno być kontrolowane badaniami laboratoryjnemi, gdyż dopiero wówczas uzyskuje się możność zrozumienia działających mechanizmów leczniczych.

Samo wykonanie eksperymentu leczniczego, jeśli ma być całkowicie wykorzystane, niezależnie od jego wyniku, wymaga bar-

dzo dokładnych obserwacyj klinicznych z równoczesnem przeprowadzeniem całego szeregu badań laboratoryjnych, bo wtedy tylko można orzekać o przyczynach takiego lub innego wyniku naszego działania.

Realizacja takich projektów badań jest możliwa jedynie w warunkach dużego szpitala psychjatrycznego, nie rokuje ona dobrych wyników w szpitalu małym, a już zupełnie jest nie do pomyślenia w warunkach praktyki prywatnej. Zarówno do przeprowadzenia planu terapji, jak i do należytej oceny wyników musi istnieć zespołowa praca w terenie.

Należy mieć na względzie jeszcze jedno, a mianowicie — dążenie do najbardziej ekonomicznego wykorzystania wszystkich sił, zdolnych i chętnych do pracy. Wydawać by się mogło słusznem stanowisko, że lepiej jest, jeśli wielu ludzi zajmuje się pewnem zagadnieniem, bo wtedy równorzędne badania potwierdzają, obalają, albo też korygują wysuniętą tezę. Wydawałoby się więc, że jest lepiej, kiedy niezależnie i bez wzajemnego porozumiewania tę samą pracę wykonuje kilku ludzi. Ma to pewne pozory słuszności, niemniej jednak tylko pozory. Pewne rozgraniczenie, jeśli nie kierunku, to przynajmniej zagadnień konkretnych, byłoby niewątpliwie korzystniejsze; pozwoliłoby to na większe specjalizowanie się w obranym zakresie. Odpadałaby pozatem sprawa pierwszeństwa autorstwa i związanych z tem nieporozumień.

Projekt tu wysuwany nie jest zresztą oryginalną naszą koncepcją. Widzimy coś podobnego w Niemczech i, chociaż warunki niemieckie odbiegają bardzo od polskich, to zdaje się jednak, że przesłanki do opowiedzenia się i przyswojenia tego właśnie typu współpracy między lekarzami szpitali były i tam analogiczne. Już od szeregu lat działa np. w Niemczech, towarzystwo lekarzy pracowników laboratoryjnych (nie należy mieszać ze związkiem lekarzy analityków polskich) w psychjatrji i neurologji. Posiada ono własny organ. Inicjatorom chodziło o to, aby nie rozpraszać energji, by nauka niemiecka nie cierpiała wskutek separatyzmu i zaściankowości. Jesteśmy świadkami podobnych tendencyj w Rosji. Tam mamy do czynienia nie z organem lekarzy, lecz z organem wszystkich pracowników, czynnych w laboratorjach.

Sądzę, że u nas w Polsce należałoby zainicjować specjalne zebrania Towarzystwa Psychjatrycznego przy ośrodkach uniwer-

syteckich, które co do warunków naukowej pracy szpitalnej, stałyby się terenem wymiany myśli. Cel takiej wymiany zdań jest następujący: sprawdzenie założeń, korektura metod, możliwości innego podejścia do zagadnienia oraz prowadzenie ewidencji zamierzeń. Praca taka posiadałaby duże znaczenie praktyczne. Uzyskany na tej drodze kontakt pozwoliłby na ułożenie planowego podziału zadań, wykorzystanie lepsze materjału, zwłaszcza anatomicznego, który, przypuszczać należy, często się marnuje. Wreszcie w ten sposób podniósłby się poziom badań laboratoryjnych, jak również zostałaby ujednostajniona w pożądanych granicach technika i zakres badań, a przynajmniej pewne ich minimum.

Praca zespołowa kliniczno-laboratoryjna winna być stale zasilaną przez świeży dopływ wiedzy i myśli naszych uczelni. Dlatego, na zakończenie słów kilka o stosunku zakładów psychjatrycznych do psychjatrycznych klinik.

Szpital psychjatryczny będzie się zawsze różnił od kliniki psychjatrycznej pod bardzo wieloma względami, — w pierwszym rzędzie mnogością i różnorodnością swojego materjału, składem chorych, których zatrzymuje w ciągu dłuższego okresu czasu i może dłużej mieć w obserwacji. Są to dodatnie strony szpitala w porównaniu z kliniką. Ujemną jego stroną jest brak bodźców ze strony ośrodków i klinik uniwersyteckich, powodowany często oddaleniem, względnie brakiem kontaktu z uniwersytetem, pomimo nawet niewielkiej odległości. Ujemną cechą jest również utrudnione korzystanie z literatury i przeciążenie lekarzy szpitala pracą, co uniemożliwia im oddanie się w większym stopniu zainteresowaniom naukowym.

Szpital psychjatryczny pozostaje zawsze poniekąd izolowanym do świata. Kontakt przez zjazdy doroczne, czy prasę nie może całkowicie wystarczyć do ożywienia myśli psychjatrycznej w szpitalu. Zjazdy bowiem mają w swojem założeniu charakter sprawozdawczy, są pod sumowaniem osiągniętych wyników; w prasie zaś utrwala się przeważnie tematy już zakończone, względnie poszczególne etapy prac w stadjum realizowania. Każdy, kto próbował stawiać pierwsze kroki, zwłaszcza w pracy samodzielnej, wie, ile miał niedopatrzeń w metodyce, w postawieniu badania itd. Wymiana zdań nie zastąpi osobistego doświadczenia względnie fachowego kierow-

nictwa. Większość szpitalnych pracowni, poza bogatym bieżącym materjałem kazuistycznym ma również duże możliwości w dziedzinie eksperymentu. Ta praca wymaga jednak stałej kontroli, wymaga często sprawdzenia już samego sposobu postawienia zagadnienia, nawet jeszcze przed przystąpieniem do pracy, celem uniknięcia błędów w założeniach, metodyce i technice — w najogólniejszych przynajmniej zarysach. Trzeba przeto znaleźć jeszcze inną formę kontaktu ze światem nauki, mając przedewszystkiem na względzie pracownika szpitala psychjatrycznego.

DES TRAVAUX CONJUGUÉS DE LA CLINIQE ET DU LABORATOIRE DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQES.

STANISŁAW HRYNKIEWICZ.

Le rôle du laboratoire biochimique s'affirme de plus en plus dans la vie de tout hôpital, et plus particulièrement de l'hôpital psychiatrique. Dans l'hôpital psychiatrique moderne, l'orientation scientifique doit être cultivée très intenesement. Parfois le laboratoire biochimique est la seule expression de cette orientation; en tous les cas, il y contribue largement. Mais il faut, en raison des conditions du travail dans les hôpitaux psychiatriques qu'il existe un lien très intime entre la clinique et le laboratoire. Des réunions scientifiques régulières au cours desquelles sont discutées les diverses questions dont s'occupe chacun dans son domaine, consolident encore davantage ce lien. Ces réunions ont pour but: 1) la revision des prémisses, 2) la discussion des methodes employées, et cela avant même que le travail en soit mis en train, 3) l'élaboration du plan du travail, 4) l'organisation meilleure du travail, 5) l'utilisation meilleure des collaborateurs et du matèriel, surtout des piéces anatomo-pathologiques, 6) l'unification de la technique et la précision des limites des examens ayant trait à la morphologie et au chimisme du sang et de liquide céphalo-rachidien, 7) la possibilité donnée ainsi à tous les collaborateurs de s'instruire dans les différents domaines des recherches psychiatriques.



STANISŁAW GÓRNY

DYR. DR. STANISŁAW GÓRNY.

Dr. Stanisław Wacław Górny, dyrektor Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach, urodził się 23. 9. 1886 r. w Murowanej Goślinie z ojca Józefa, dr-a med., i matki Łucji z Topór-Jezierskich. Ukończył najstarsze w Poznaniu gimnazjum im. Marji Magdaleny, gdzie pracował w polskich organizacjach oświatowych (im. Tomasza Zana), za co groziło Mu tuż przed maturą wydalenie z gimnazjum.

Studja medyczne odbywał w Gryfji, Berlinie i Lipsku, gdzie w 1910 r. zdał egzamin państwowy. Następnie pracował w klinice prof. Flechsiga i Strümpla, poczem w Zakładzie Psychjatrycznym w Dziekance.

W roku 1911 Rejencja Poznańska powierzyła Dr. Górnemu kierownictwo zakładu dla nerwowo i psychicznie chorych Dr. Karczewskiego w Kowanówku pod Obornikami (obecnie Miłowody). Powołany w styczniu 1917 roku do służby wojskowej, pracował w szpitalu wojskowym w Poznaniu. Zwolniony ze służby polowej w grudniu 1917 r., pełnił funkcje naczelnego lekarza w więzieniu wojskowem w Cytadeli warszawskiej. Po wybuchu rewolucji w Niemczech w 1918 r. wysłany zostaje do Milicza na Śląsku Dolnym, gdzie powierza się Mu kierownictwo tamtejszego szpitala.

Na wieść o wybuchu powstania wielkopolskiego dzielny i wierny Syn Ziemi Wielkopolskiej podąża do Poznania, gdzie, zgłosiwszy się jako ochotnik do wojska polskiego, w stopniu majora-lekarza, pracuje w szpitalu wojskowym na oddziale dla nerwowo i psychicznie chorych aż do września 1921 r. W tym czasie wykłada psychjatrję kliniczną na kursach lekarzy powiatowych w Poznaniu. W r. 1922 otrzymuje nominację na dyrektora Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach i na tem stanowisku pracuje bez wytchnienia z całem zaparciem się i oddaniem aż do chwili, gdy nieubłagana śmierć nagle przecina pasmo Jego pracowitego życia.

Zasługi Dr. Górnego na polu administracji szpitalnej dokładnie potrafi ocenić tylko ten, kto może porównać stan zakładu z roku 1921 ze stanem obecnym.

Dominującą cechą szlachetnego charakteru Dr. Górnego była skromność, zarówno w służbie, jak i obcowaniu z ludźmi w życiu prywatnem. Wszystko czynił w cichości, unikając rozgłosu. Hojny dla chorych i otoczenia, sam żył niezwykle skromnie, pracując stale w zakładzie lub biorąc udział w pracy społecznej; odpoczywał w domu, studjując ulubionych autorów. Posiadał olbrzymie wiadomości z historji, szczególnie polskiej.

Głęboka wiedza lekarska, gruntowne wykształcenie przyrodnicze, obszerne wiadomości z dziedziny fizjologji i historji sprawiały, że każda rozmowa z Dr. Górnym nabierała wielkiego uroku, pobudzała do myślenia, nauczała i stanowiła prawdziwą ucztę duchową. Był świetnym psychologiem, miał swoisty i ujmujący sposób podchodzenia do każdego człowieka.

Zmarł w dniu 4 lipca 1935 r.

Dr. Stefan Węgrowicz.

REFERATY.

ANATOMJA ORAZ FIZJOLOGJA NORMALNA I PATOLOGICZNA.

FIZJOPATOLOGJA WŚRÓDMÓZGOWEGO CIŚNIENIA, WYDZIELANIA I WCHŁANIANIA PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO. (Physiopathologie de la pression intracranienne de la production et de la résorption du liquide C.R.). — Riser. — Francja. — (L'Encéphale № 10, 1935 r.).

Jest to praca prof. Risera z Tuluzy, wykonana wspólnie z Becq'em, Conadanem, Merielem i Planques'em, zapoczątkowana już w roku 1910 pod dyrekcją prof. Cestana.

Ideą przewodnią autorów było połączenie badań nad płynem mózgowo-rdzeniowym ze zjawiskami ogólnej wymiany soków ciała ludzkiego.

Współczynnikami zjawisk, stwierdzanych w płynie mózgowo-rdzeniowym, są:

1) prawie zupełny opór kości czaszkowo-kręgowych,

2) tężność samej tkanki nerwowej i jej opon,

3) ilość płynu mózgowo-rdzeniowego i jej wahanie,

4) ilość krwi obiegowej w czaszce i kanale kręgowym oraz jej wahania: aktywne, właściwe mózgowi, uzależnione naczynioworuchowo, oraz — pasywne, uzależnione naczynioworuchowo i pasywne, uzależnione od ogólnego krwiobiegu.

Następstwa wśródczaszkowych obrażeń rozwijają się w obu kierunkach, naczynioruchowym i krwioobiegowym.

Opór ścian w jamie czaszkowej i w kanale kręgowym nie jest tak sztywny, jak mniemał Monro, — może być tu nawet mowa o pewnej elastyczności, aczkolwiek nikłej, jednakże wymiernej.

Przepuszczalność tkanki nerwowej samej i jej opon poza krwią jest zmienna, zależnie od zmian fizykochemicznych krwi, działających na substancję płynną tkanki nerwowej i na międzytkankowe soki odżywcze. Wpływ w tym kierunku wywierają rozczyny dystoniczne. Działa tu koncentracja drobinowa nie zaś temperatura.

Ilość płynu mózgowo-rdzeniowego u poszczególnych osobników ulega normalnie niewielkim zmianom.

Wchłanianie płynu, aczkolwiek bardzo powolnie odbywa się stale.

Ilość płynu w jamie czaszkowej i ilość płynu w kanale kręgowym ma wielki wpływ na wahania ciśnienia czaszkowego.

Co do wpływu systemu współczulnego na mózgowo-rdzeniowe zjawiska ruchowe narazie w sposób dokładny określić tego nie można.

Dostatecznego wytłumaczenia wodogłowia narazie nie mamy, dlatego też poglądy Boschi'ego i Hassina, którzy widzą w wodogłowiu specyficzną chorobę miąższu, musimy narazie podtrzymać. Czynniki toksyczne mogą odgrywać tu rolę same przez się lub przy współdziałaniu wzmożonego ciśnienia krwi, zwłaszcza w chorobie Brigtha.

K. Wize.

O PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM. (Du liquide céphalo-rachidien). M. Riser. — Francja — (L'Encéphale № 7, 1935 r.).

Mało zagadnień doznało tylu prób rozwiązania co zagadnienia, związane z płynem mózgowo-rdzeniowym. Mimo to trudno jest do tej pory określić jego znaczenie.

Przyczyna tej niepewności jest zasadnicza: brak ściślejszej krytyki faktów, hipotez, techniki oraz przesunięcie zagadnienia ku sprawie odżywiania i obrony systemu nerwowego w najogólniejszem znaczeniu.

K. Wize.

CZYNNOŚCI FRONTALNYCH PÓL ASOCJACYJNYCH U PRYMATÓW. (Functions of frontal association area in primates). — C. F. Jacobson. — Anglja. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

U niższych prymatów niszczono jedno- lub obustronnie pola przedczołowe. Jednostronne zniszczenie, bez względu na stronę, nie powodowało widocznych w doświadczeniu zaburzeń czynności spostrzegawczych. Zniszczenie obustronne pól spowodowało zaburzenie postrzegania. Przez niszczenie innych okolic mózgu bez tego, ażeby w ten sposób otrzymać zaburzenia w postrzeganiu wzmacniamy tezę o przedczołowej lokalizacji tej czynności. Dalsze wychowywanie zoperowanych poprzednio zwierząt nie usunęło tego zaburzenia, polegającego na osłabieniu bezpośredniej pamięci.

jd.

DALSZE BADANIA DOŚWIADCZALNE NAD DZIAŁANIEM INSULINY NA MÓZG. (Weitere experimentelle Untersuchungen ü. die cerebrale Wirkung des Insulins). — A. Stief i L. Tokay. — Węgry. — (Z. Neur. № 153, 1935 r.).

Autor dzieli doświadczenia na trzy grupy:

1) omawia wyniki otrzymane po zastrzykach podskórnych,
2) „ „ „ „ „ do cystern,
3) „ „ „ „ „ „ mózgowia.

Wkońcu omawia wyniki, otrzymane przy działaniu insuliny, wprowadzonej do ustroju po śmierci czyto przez zastrzyk do cysterny, czy też przez zadziałanie wprost na tkankę mózgową.

Po przytoczeniu przykładów i zilustrowaniu preparatów histopatologicznych autor dochodzi do następujących wniosków:

Insulina działa na układ nerwowy przy najrozmaitszych sposobach jej stosowania przez powodowanie zaburzeń w krążeniu, które powstają z powodu objawów hypoglikemicznych.

Zaburzenia w krążeniu, które powstają przez stosowanie małych dawek insuliny, są odwracalne, przeciwnie bywa przy zastosowaniu dawek dużych. Powstają wówczas ogniskowe wypadnięcia funkcyj w zakresie układu nerwowego, niekiedy znacznego stopnia.

B. Warpechowski.

POZIOM BROMU WE KRWI W PSYCHOZACH. (Blood bromides in the psychosis). — T. J. Hennelly-Yates. — Anglja. — (J. Ment. sc. № 81, 1935 r.).

Metodyka: utlenienie bromków sposobem przeprowadzenia ich zapomocą prądu powietrza przez kwas chromowy x w roztwór jodku sodu i miareczkowanie n/100 x tiosiarczanem.

Stwierdzenie: poziom bromu u mężczyzny wynosi 0,6—2, mg%, u kobiety — do 2,5 mg%; przed miesiączką następuje u niej wzrost bromu. W psychozach poziom bromu opada poniżej normy. Jakość psychoz nie jest istotną dla ilości bromu we krwi. Podawanie chlorków nie wpływa na poziom bromu we krwi.

jd.

KRĄŻENIE KRWI W MÓZGU PODCZAS SNU. (Blood circulation in slep). — Gibbs, Gibbs, Lennox. — Anglja — (Brain № 44, 1935 r.).

Przy pomocy ogniwa termoelektrycznego, włączonego zapomocą cienkiej igły do krążenia żylnego (żyła jarzmowa), wykazano, że w czasie snu niema wyraźniejszej różnicy w krążeniu krwi w mózgu w porównaniu ze stanem czuwania. Badania przeprowadzono w fazach snu zdrowych (17 doświadczeń) i w okresach sennych u jednego narkoleptyka. jd.

DZIAŁANIE PROMIENI ROENTGENA NA PŁAT PRZYSADKI MÓZGOWEJ. — E. Stöckl. — (Prace Komisji Lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, tom V. zeszyt 1, 1935 r.).

Na dużym materjale, bo ogółem 60 królików, nie licząc zwierząt zużytych do badań wstępnych i przygotowawczych, dokonał autor szeregu systematycznych zabiegów naświetlania promieniami Reontgena z następującem po nich badaniem histopatologicznem gruczołów dokrewnych tych zwierząt.

Wyniki swej cennej pracy streszcza autor w następujących tezach:

1. Napromienianie przysadki wywołuje w tkance przedniego płata zawsze zmiany wsteczne. Zależnie od dawki stwierdza się 3 stopnie uszkodzeniatkanki: odbarwienie komórek barwochłonnych, zmiany zanikowe w jądrach i protoplazmie komórek, martwicę całkowitą tkanki napromienianej. Komórki eozynochłonne wykazują znacznie większą wrażliwość wobec promieni, aniżeli komórki główne.

2. Przedni płat przysadki należy do tkanek gruczołowych o wybitnej odporności wobec działania promieni. Dowodem tego są:

a) długi okres utajenia po napromienianiu (pełny obraz zmian po stosowaniu promieni występuje dopiero po upływie 4—5 miesięcy),

b) nierówny stopień uszkodzenia tkanki przedniego płata po napromienianiu; całkowitego zniszczenia tkanki przedniego płata, dającego obraz zaniku wszystkich komórek, pomimo stosowania silnych dawek nie spostrzega się.

3. Jako objaw swoisty po napromienianiu występuje brak odczynu zapalnego w tkance, otaczającej ogniska martwicy.

4.Badania hormonalne moczu królików napromienianych dawały wynik ujemny. Po napromienianiu przysadki u kobiet udało się wyodrębnić z moczu hormon A przedniego płata (to samo u psa napromieniowanego). Badania hormonalne u człowieka wykazują hormon A po wytrzebieniu, w okresie przekwitania i przy złośliwych nowotworach. Wynika stąd, że przedni płat przysadki wydziela zwiększoną ilość tego hormonu tak samo w szybko rozwi-

jających się i nagle powstających zdarzeniach wzrostowych, jak i przy nagłem ustaniu wzgl. powolnem wygasaniu tych procesów, należących do odnowy tkanek.

Hormon A, występujący w moczu u kobiet po napromieniowaniu przysadki, w nowotworach złośliwych, po wytrzebieniu i w okresie przekwitania, uważać należy za właściwy i stały hormon przedniego płata przysadki.

5. Zniszczenie przysadki mózgowej promieniami R nie wywołuje u zwierząt dojrzałych stałych zmian w jajnikach, tarczycy i nadnerczu; zmiany zanikowe stwierdza się jedynie w narządach tych zwierząt, u których po napromienianiu dawkami silnemi wystąpiły objawy charłactwa (kachexia hypophysipriva). Zmiany wsteczne w gruczołach dokrewnych tych przypadków uważać należy zatem za część obrazu charłactwa.

6. Prócz tego stwierdził autor, że:

a) napromienianie przysadki zwierząt kotnych nie wywołało w żadnym przypadku poronienia, mimo stosowania dawek do 10.000 r;

b) napromienianie przysadki pozostawało bez wpływu na czas trwania i nasilenia rui;

c) samice, poprzednio napromieniane, zostały wszystkie, niektóre nawet kilkakrotnie, zapłodnione, a ciąża miała przebieg prawidłowy.

7. Brak zmian drobnowidowych w innych gruczołach dokrewnych zwierząt dojrzałych po napromienianiu przysadki nie przemawia za istnieniem stosunkowo ścisłej zależności gruczołów płciowych i innych — o ile chodzi o ustrój zwierząt płciowo dojrzałych — od czynności przedniego płata przysadki w tym sensie, jakoby przedni płat pełnił w układzie gruczołów dokrewnych rolę naczelnego narządu, którego zniszczenie musiałoby wywołać ogólne zaburzenia w całym układzie wewnętrznowydzielniczym.

8. Przedni płat przysadki zachowuje swe znaczenie jako gruczoł dojrzałości organizmu, jego zadaniem biologicznem jest regulacja odnowy tkanek. Nie może autor potwierdzić zdania Aschheima, Zondeka i in., że przedni płat przysadki jest „motorem" czynności gruczołów płciowych dla ustroju w okresie dojrzałości.

Twierdzeniem tem nie zaprzecza autor istnieniu korelacji między czynnością wydzielniczą przedniego płata i innych gruczołów dokrewnych; chodzi mu tylko o sprawdzenie, czy przedni płat odgrywa także w ustroju dojrzałym dominującą rolę wśród gruczołów dokrewnych. Na to pytanie jednakże zmuszony jest autor na podstawie swych badań dać odpowiedź przeczącą. O. B.

O HISTOCHEMICZNEM WYKRYWANIU POTASU W GRUCZOLE TARCZYCOWYM MORSKICH ŚWINEK. (Détection histochimique du potassium dans la glande thyroïde). — V. D. Mârza i A. V. Blinov. — Rumunja. — (Bulletin de la Société Roumaine № 6, 1934 r.).

1) Cytoplazma komórek gruczołu tarczycowego jest w potas bardzo uboga. Jądra tych komórek są znacznie pod tym względem bogatsze.

2) W gruczołach tarczycowych zarodka pojawianie się potasu na poziomie chromochłonnego koloidu zbiega się z pojawieniem wokuoli Andersona.

3) Istnieje pewien paralelizm pomiędzy zawartością potasu w koloidalnem ciele gruczołu a stanem funkcji gruczołu samego. W gruczole zarodka i w gruczole starców zawartość potasu jest mniejsza, niż w gruczołach zwierzęcia młodego.

O. B.

STUDJA NAD JĘZYKIEM DZIECKA. O PIERWSZYCH MANIFESTACJACH JĘZYKA DZIECIĘCEGO I O DOMNIEMANEM PRAWIE FRITZA SCHULTZEGO. (Etudes sur le langage. Sur les premières manifestations du langage enfantin et sur la prétendue loi de Fritz Schultze). — André Ombredane. — Francja. — (L'Hygiène Mentale № 4, 1935 r.).

Streszczając swoje wywody, autor określa krzyk noworodka jako wyraz ogólnej obrony o charakterze tonicznym. Pierwszy krzyk nosi na sobie jeszcze znamiona toniczne o znaczeniu synkinetycznem w ujęciu Walshe'a, jako odruch tonicznoułożeniowy.

W przeciwieństwie do prawa stosowania najmniejszego wysiłku — Schultzego — pierwsze krzyki noworodka wynikają z najwyższego wytężania się. Aktywność oseska zdaje się kierować hasłem: wszystko — albo nic! Wysiłek wybucha z całą mocą, wprowadzając odrazu w największą działalność mięśnie gardła i krtani.

Prawo Schultzego stosuje się nie tyle do powstania pierwszego krzyku, ile do okresu „naśladownictwa". Wtedy to biorą też górę odgłosy labjalne, nie wymagające wielkiego wysiłku, jaki towarzyszy odgłosom guturalnym.

K. Wize.

CZYNNOŚĆ SERCA A ŻYCIE EMOCJONALNE. (Hearts rate in relation to emotional distrubances). — Witchhorn, Haufman, Thomas. — St. Zjedn. Am. Półn. — (Am. Journ. Neur. № 33, 1935 r.).

Przy pomocy kardjochronografu zbadano akcję serca 280 razy u 48 ludzi, z których 29 było psychicznie chorych na najrozmaitsze choroby (schizofrenja, psychoza szałowo-postępnicza, epilepsja, czynnościowe schorzenia psychiczne). W czasie podniecenia emocjonalnego następuje przyśpieszenie akcji serca, które jednak szybko przechodzi w zwolnienie. Różnice indywidualne są bardzo wybitne. U psychicznie chorych można wykazać, że t. zw. reakcje emocjonalne nie powodują zupełnie zmian w akcji serca. Autorowie wysnuwają wniosek, że najprawdopodobniej duża część reakcyj, które do dziś ujmujemy jako emocjonalne, jest zupełnie innego pochodzenia. Podkreślają konieczność kontroli fizjologicznej badań psychologicznych. Jd.

OD MIMIKI DO MOWY. (Du mimage au langage). — J. Moorlas. — Francja. — (L'Encéphale № 3, 1935 r.).

Istnieje u ludzi popęd do wypowiadania się. Żeby móc zdobyć się na projekcję samego siebie nazewnątrz, człowiek posługuje się psychofizjologicznie, na dystans, mimiką, na podstawie czego wypracowuje swoją mowę na migi. Mimika, początkowo odruchowa, staje się wkrótce już stereotypową.

Człowiek rozpoczyna od mimiki i gestykulacji symbolicznej, poczem, dostosowując dźwięki do kształtów, stwarza mowę — mowę w znaczeniu zacieśnionem i etymologicznem gestykulacji językowo-znakowej. W tem stadjum rozwoju poczyna intelektualizować, „algebraizować" — jak się tu bardzo trafnie wyraża Marcel Jousse. Bo jeśli Viéte i Descartes uwolnili matematykę dzięki algebraizacji od zjawiskowych zawiłości, to i dający się z łatwością zastosować tu „algebraizm" językowy, ułatwia tu stosowanie formuł, stworzonych dla wyrażenia tego, co się dzieje.

W jednym i drugim przypadku, zastosowanie jest to samo. Tylko że to co człowiek zdziałał w stosunku do języka i pisma w ciągu szeregu tysięcy lat, w zakresie matematyki stało się jednego dnia. W rzeczy samej genjalni matematycy niczego nie wynaleźli — zastosowali jedynie to, co już było, nie zdając sobie sprawy z tego.

Popobnie, jak matematyka dzięki Kartezjuszowi wstępowała w ślady języka, wstąpił — jak to się stało oczywistem szczególnie dzięki pracom Rozwadowskiego (Wortbilung und, Wortbedeutung. Heidelberg), — w ślad „dwuczłonowości" słów języka Lineusz ze swojem dwuczłonowem mianownictwem.

K. Wize.

PERJODYCZNOŚĆ MIESIĘCZNA W PYCHOZACH. (La périodicité mensuelle dans les psychoses). — S. Schrijver - Hertzberger. — Francja. — (L'Encéphale. № 3, 1935 r.).

Na podstawie poczynionych spostrzeżeń rzuca autor pytanie, czy nie istnieje u ludzi zdrowych, miesięczny rytm różnych funkcyj biologicznych, ujawniający się szczególnie u chorych na schizofrenję.

Należy sobie uprzytomnić, że liczni autorzy stwierdzili wpływy działań atmosferycznych na pewne funkcje biologiczne u ludzi i u zwierząt i łącznie z tem — na powstawanie pewnych faz psychotycznych.

K. Wize.

WYDZIELANIE WEWNĘTRZNE MÓŻDŻKU. (Secrrezione interna del cervelletto). — Tommaso Senise. — Włochy. — (Il Cervello № 5, 1934 r.).

Autor wypowiada hipotezę o wewnętrznem wydzielaniu przez jądra móżdżku, a szczególnie przez jądro zębate specyficznego hormonu. Według tej hipotezy jądra mózgu, zawierające skupienia barwika (nuclens ruber, locus niger, locus coerulens) a związane anatomicznie pomiędzy sobą i z jądrem zębatem móżdżku, miałyby również udział w wytwarzaniu tego hormonu. Chodziłoby tu więc o pewien układ neuro-hormonalny, mającywy wierać na drodze biochemicznej wpływ na utrzymanie i zmiany napięcia (tonus) sił i energji — i to zarówno w warunkach normalnych, jak i patologicznych.

G. Szwarcenberg.

PRACA ELEKTRYCZNA MÓZGU. (L'attività eletrica del cervello). — Tommaso Senise. — Włochy. — (Il Cervello № 3, 1935 r.).

Autor, zaznaczywszy, że badania nad pracą elektryczną mózgu sięgają połowy XVIII w., zajmuje się szczegółowo doświadczeniami 2-ch współczesnych uczonych: Bergera z Jeny i Adriana, fizjologja z Cambridge. Pierwszy z nich badał wyłącznie fale elektryczne, produkowane przez mózg ludzki, i wykrył, że są to dwa rodzaje fal: t. zw. fale wielkie α — produkt procesów psychofizycznych mózgu, występujące regularnie, i fale małe β — znacznie szybsze, będące wynikiem procesów życiowyoh układu nerwowego, nie zależnych od procesów psychofizycznych. Adrian sądzi, że tylko płat potylicowy mózgu wytwarza fale elektryczne (t. zw. rytm Bergera), dostępne ścisłym pomiarom poprzez mózg. Nie przeczy jednak, że i w pozostałych częściach mózgowia neurony mają swoje drgania elektryczne. Autor badał również „rytm Bergera" u ślepych i stwierdził u nich brak tego fenomenu, co potwierdzałoby tezę Adriana.

G. Szwarcenberg.

DIAGNOSTYKA I SYMPTOMATOLOGJA ORAZ PSYCHOPATOLOGJA.

EKSPERYMENTALNA KRYTYKA METOD BADANIA SEDYMENTACJI U PSYCHICZNIE CHORYCH. — Włodzimierz Kamiński. — (Odczyt wygłoszony na XV-m Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Autor postawił sobie za zadanie ocenę stałości wyników odczynu Biernackiego u ludzi bez uchwytnych wahań stanu zdrowia. Dla celów praktycznych, a nawet naukowych, robi się sedymentacje jednorazowo, jeżeli zaś seryjnie, to nie częściej, niż co kilka dni. Czy jednak w takich warunkach szybkość opadania można uważać za miarodajnie stwierdzoną? Czy niema wahań?

Materjał obejmuje 16 schizofreników wszystkich odcieni, jednego imbecyla i trzy osoby zdrowe. Przerobiono 1091 sedymentancyj metodą Linzenmeiera i metodą Westergrena. U każdego chorego, rano, gdy był naczczo, brano krew z lewej i z prawej ręki. Po godzinie następowało drugie pobranie z obu rąk, także naczczo. Razem cztery pobrania dziennie. W ten sposób brano codzień przez szereg dni. Stan cielesny i psychiczny nie wykazywał w okresie badania istotnych zmian u 11 osób. U dwu zmiany takie zostały odpowiednio uwzględnione przy ocenie wyników.

Sedymentacje metodą Linzenmeiera w pierwszej serji badań robione były w rurkach krajowego wyrobu, a więc o niejednakowej szerokości. W drugiej serji były rurki oryginalne.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Odczyn Biernackiego u ludzi bez uchwytnych wahań stanu zdrowia daje wyniki zmienne. Stanowi to prawdopodobnie jego cechę zasadniczą i stałą.

2) Należy przypuszczać, że zmienność rezultatów odczynu Biernackiego nie jest artefaktem, wytworzonym przez technikę, ale wynika ze zmian we krwi.

3) Stwierdzone zostały wahania odczynu Biernackiego, powstające w ciągu kilku dni, w ciągu godziny, a nawet w ciągu paru minut.

4) Bardzo duże różnice sedymentacji krwi z jednej i drugiej ręki zdarzają się nawet wtedy, gdy krew pobieramy ściśle jednocześnie.

5) Pobierając krew dwa razy na godzinę, albo dwa razy przez 1—4 minuty, mamy poważną szansę na otrzymanie za każdym razem innej sedymentacji, n. p. raz przyśpieszonej, drugi raz normalnej. Przy pobieraniu dwukrotnem w ciągu kilku dni szansa ta bardzo znacznie wzrasta.

6) Używanie rurek o zmiennej szerokości wyraźnie powiększa zmienność wyników.

7) Szybkość opadania przy zastosowaniu metody Linzenmeiera nie idzie równolegle z szybkością opadania przy metodzie Westergrena — u tych samych chorych i przy pobieraniu krwi z tej samej igły.

Autoreferat.

CUKIER W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM I WE KRWI. (Zucker in Liquor und Blut). — H. Boeters. — Niemcy. — (Neurol. Z. № 154, 1936 r.).

Podobnie jak inni znalazł autor we krwi przeciętnie 75—125 mg%, a w płynie mózgowo-rdzeniowym 50—80 mg% cukru. Ważniejszym wydaje się stosunek ilości cukru w płynie m.-rdz. do ilości cukru we krwi. Zawartość cukru w płynie wynosi zwykle około 65,15% zawartości cukru we krwi, t. zn. stosunek 2:3. Przy wszystkich procesach organicznych w centralnym układzie nerwowym, połą-

czonych ze zmianami zapalnemi, zawartość cukru w płynie bywa zmniejszona — najsilniej przy zdeklarowanem zapaleniu opon, w znacznie mniejszym stopniu przy porażeniu postępującem oraz przy innych luetycznych schorzeniach mózgu i rdzenia, a także przy sclerosis multiplex i innych. Przy wzmożonem ciśnieniu wśródczaszkowem n. p. w niektórych przypadkach padaczki i przy hydrocephalus, obrzęku mózgu oraz niektórych nowotworach mózgowych zawartość cukru w płynie zwiększa się nieco, a tem samem i stosunek do zawartości cukru we krwi bywa tu nieco wyższy. Przy stanach poencefalitycznych cyfry leżą blisko górnej granicy normy.

Wzrost zawartości cukru jest zwykle tak minimalny, że przy badaniach seryjnych cyfry obracają się w granicach normy; dlatego też autor ostrzega przed przecenianiem wyników. Obniżenie natomiast zawartości cukru w płynie, wychodzące poza granicę dolną, jest pod względem rozpoznawczym objawem ważnym, gdyż bezsprzecznie wskazuje na stan podrażnieniowy opon.

L. Bambauer.

ISTOTA I OCENA ODRUCHU RZEPKOWEGO POŚREDNIEGO. (Essenza e valore del Riflesso Mesorotuleo). — T. S e n i s e. — Włochy. — (Il Cervello № 3, 1934 r.).

Obok odruchu rzepkowego górnego i dolnego wykazał autor obecność także odruchu rzepkowego pośredniego. W zależności od tego, jaką okolicę rzepki będziemy opukiwali, może on wystąpić w postaci odruchu pośredniego-centralnego, bocznego-zewnętrznego lub bocznego-wewnętrznego. Odruch rzepkowy pośredni-centralny odpowiada funkcji mięśnia prostego uda, boczny-zewnętrzny — funkcji mięśnia szerokiego zewn., a boczny wewnętrzny — funkcji mięśnia szerokiego wewn. W warunkach normalnych odruch rzepkowy pośredni wogóle nie występuje. Natomiast w warunkach patologicznych — czynnościowych lub organicznych — zjawia się on mniej lub więcej wyraźnie, jednak nigdy tak wybitnie, jak odruch rzepkowy-górny, a zwłaszcza dolny. Najżywiej występuje odruch rzepkowy pośredni-wewnętrzny, najsłabiej i najrzadziej odruch rzepkowy pośredni-centralny. Poza teoretyczną wartością opisanego odruchu wartość jego polega na stwierdzeniu ogólnego stopnia wzmożonej pobudliwości odruchu rzepkowego i osądzenia, po której stronie jest odruch rzepkowy z odnośnej kończyny bardziej zaznaczony, a wkońcu — na możności oceny stanu anatomicznego i czynnościowego poszczególnych części mięśnia czterogłowego oraz poszczególnych korzonków nerwowych, zaopatrujących ten mięsień.

G. Szwarcenberg.

ODRUCH GALWANICZNY A CIŚNIENIE KRWI W STANACH PSYCHOTYCZNYCH. (Galvanic skin reflex and blood pressure reactions in psychotic states). — C. D a r r o w i A. P. S o l o m o n. — St. Zjed. Am. P. — (Arch. of Neur. № 32, 1934 r.).

Drobne zmiany w ciśnieniu krwi i charakterze odruchu galwanicznego są przeważnie pochodzenia fizjologiczno-wkrewnego. Słaby odruch i duże zmiany w ciśnieniu dowodzą stanu podniecenia psychicznego; odwrotnie — słabe wahania ciśnienia i duże odruchy galwaniczne mają wykazywać „powrót do rzeczywistości" lub „nawiązywanie kontaktu z otoczeniem". Badania obydwiema metodami mogą dać dobry wgląd w życie uczuciowe psychicznie chorego.

Jd.

UWAGI KRYTYCZNE DO POJĘCIA „LOKALIZACJA CZYNNOŚCI W KORZE MÓZGOWEJ". (A word of criticism on the designation „localization of fonction in the cerebral cortex). — J. G. Dusser de Barenne. — St. Zjed. Am. P. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

W związku z ogłoszeniem szeregu odczytów na analogiczny temat wykazuje autor bezpodstawność używania pojęcia „lokalizacja funkcji w korze". Można mówić jedynie o „czynnościowej lokalizacji w korze". Poza korą wszystkie aktywne czynności wymagają jeszcze działania szeregu innych pozakorowych aparatów. Nie można bowiem wykazać takich czynności nerwowych, któreby odbywały się tylko w korze, z pominięciem innych formacyj nerwowych.

Jd.

ZROSTOWE ZAPALENIE TĘTNIC. (Les artèrites oblitèrantes). — Moldaver. — Francja — (L'Encéphale № 2, 1936 r.).

Z metod, nadających się do badania schorzeń krwiobiegu, najbardziej rozpowszechnione są oscylografja i arterjografja.

Oscylografja daje nam wyniki różnorodne, arterjografja ma też swoje dodatnie i ujemne strony. Żadnej metody nie można odrzucić, szczególnie w zagadnieniu tak powikłanem, jak zapalenie tętnic.

Autor zachwala metodę chronaksymetryczną, dającą obraz pod względem fizjopatologicznym precyzyjny. Pomiary, poczynione u chorego w czasie spokoju, po znużeniu, acetylcholinie albo po zastosowaniu diatermji, mogą ułatwić ustalenie prognozy.

Chronaksja pozwala na zbadanie aktywności funkcjonalnej kończyn i na dotarcie do tajników fizjologicznych nawet poszczególnych włókien mięśniowych, zaznajamiając nas ze stanem rozgałęzienia tętnicowego — aż do ostatnich jego zakończeń.

K. Wize.

TERAPJA GRUPOWA A KLINIKA PSYCHJATRYCZNA. (Group therapy and the psychiatric clinic.) — Marsch L. Cody — Anglja — (J. nerv. Dis. № 82, 1935 r.).

W usiłowaniach swych autor kierował się chęcią wynalezienia psychjatrycznej metody leczenia, która byłaby dostosowana do zdolności płatniczej stanu średniego. Wyjściem z tej sytuacji jest, zdaniem autora, terapja grupowa, leczenie bowiem jednostkowe, wymagające długiego czasokresu, pociąga za sobą znaczne koszty. Leczenie grupowe w porównaniu z jednostkowem posiada poza tem pewne swoiste zalety, jak n. p.: brak przymusu, przebieg, działający wychowawczo i pociągająco, łatwiejsze pokonanie oporu pacjenta, gdyż cecha nieosobowości sytuacji czyni chorego podatniejszym leczeniu.

Autor opiera swe wyniki na doświadczeniach, poczynionych 1) na kursie higjeny psychicznej przy szpitalu w Worcester, 2) w klasie dla normalnych i psychoneurotycznych osobników w Worcester i 3) w zakładzie wychowawczym w Bostonie. Chorych przyjmuje się na kurs nie jako „pacjentów", a raczej jako „studjujących". Kurs składa się z 4-ch odczytów, które obejmują: historję rodzinną, tworzenie się osobowości w czasie rozwoju, życie popędowe, rozwój społeczny i stanowisko jednostki w społeczeństwie, nastawienia religijne, życie płciowe w ogólności, zboczenia, a wreszcie normalną osobowość człowieka dorosłego. Wykładowca podaje materjał, a słuchaczów pobudza się do stawiania pytań i udzielania odpowiedzi. Zwraca się baczną uwagę na to, by na-

strój w klasie miał charakter akademicki, — słowem: by bardziej „uczono", niż „leczono". Wydaje się też świadectwa, n. p. za uwagę, punktualność, koleżeńskość itd. Dla przypadków trudniejszych ustanawia się sporadycznie odczyty osobne. Ostatecznie idzie o to, by pacjenci do pewnego stopnia leczyli się sami. Czasem wykładowca-lekarz bierze sobie do pomocy jakiegoś bardziej uzdolnionego pacjenta. Słuchacze piszą wypracowania klasowe i domowe na różne tematy, n. p.: moje pierwsze przeżycie, albo: rzeczy, których się lękam, marzenia senne we dnie i w nocy, przyczyny zachwytu i uczucia szczęśliwości itp. Chorych bada się oczywiście także i cieleśnie, by stworzyć podstawę do uwolnienia ich od hipochondrycznych urojeń przymusowych.

Autor stwierdził, że prawie 75% chorych prywatnych daje się ulokować na podobnych kursach leczniczych. Jest on przekonany, że tego rodzaju leczenie grupowe daje daleko lepsze rezultaty, niż leczenie w klinice psychjatrycznej czy w instytucie higjeny psychicznej, a poza tem, — że takiemu leczeniu można poddać znacznie więcej chorych.

W powyższy sposób leczył autor następujące choroby: psychoneurozy, prepsychozy, psychozy (epilepsje z zachowaniem się schizoidowem, psychozy postencefalityczne, melancholje inwolucyjne, schizofrenje wszelkiego typu, psychozy urazowe), dalej stany organiczne z zaburzeniem neurotycznem (nerwice serca, wrzody żołądka, gorączkę sienną, astmę itd.) oraz jąkałów.

K. F.

ZWIĄZEK POMIĘDZY WARTOŚCIĄ DOPEŁNIACZA W SUROWICY KRWI A SZYBKOŚCIĄ OPADANIA CZERWONYCH CIAŁEK U CHORYCH DOTKNIĘTYCH PARALIŻEM POSTĘPUJĄCYM, OTĘPIENIEM STARCZEM I FRENASTENJĄ. (Rapporto tra valore complementare del siero e velocità di sedimentazione dei globuli rossi in ammalati affetti da paralisi generale, demenza precoce, frenastenia). — Antonino Tomasino. — Włochy — (Il Cervello № 1, 1934 r.).

Literatura medyczna żywo interesuje się zagadnieniem opadania c. c. oraz wartością dopełniacza w surowicy krwi. Te dwa zjawiska mają duże znaczenie dla diagnostyki oraz rokowania w poszczególnych przypadkach chorobowych. Tomasino bada zależność tych dwu zagadnień od siebie, t. j. szybkości opadania krwinek (V. S. = velocità di sedimentazione) i wartości dopełniacza (V. C. = valore complementare) u chorych psychicznie, podobnie jak to czynił Capocaccia w dziedzinie patologji eksperymentalnej, a Cini w klinice chorób kobiecych.

Autor opisuje 28 przypadków chorych dotkniętych paraliżem postępującym, otępieniem wczesnem i frenastenją. Krew pobiera u chorych, będących naczczo; kobiety bada poza okresami miesiączkowemi.

Oznaczenia V. S. dokonuje metodą Kaufmanna: do czystych probówek („macro") wlewa 3,6% cytrynianu sodu, następnie 4—5 cm^3 krwi ze strzykawki — do znaczka „O", miesza oba płyny i pozostawia probówki w spokoju, obserwując zachowanie się płynu w 1-ej, 3-ej, 6-ej, 12-ej i 24-ej godz. sedymentacji.

V. C. oznacza autor sposobem Cini'ego.

Rozpuszcza surowicę rozczynem fizjologicznym w stosunku 1:9 i rozdziela ją następnie do serji probówek w dawkach, wzrastających stopniowo o 1/10 cm^3, aż do osiągnięcia 2 cm^3 w ostaniej probówce. Wkońcu dodaje do każ-

dej probówki oznaczoną ilość amboceptora i 1 cm³ 5%-ej zawiesiny c. c. krwi barana w rozcz. fizjolog. soli kuchennej, dopełniając objętości wszystkich do jednego poziomu.

V. C. określa się tą minimalną ilością surowicy, która spowodowała hemolizę zupełną po godzinie stania probówki w cieplarce o t 37°C.

Z badań w ten sposób przeprowadzonych wynika, że w chorobach psychicznych, podobnie jak w patologji doświadczalnej, stosunek (V. S.) : (V. C.) jest taki, że wzrostowi jednego odpowiada obniżanie się drugiego.

W dzisiejszym stanie wiedzy wyniki omawianych prób mogą być brane pod uwagę nietyle dla diagnostyki schorzeń, ile raczej z punktu widzenia prognostycznego, o ile oczywiście dołączymy je do danych klinicznych oraz innych badań laboratoryjnych.

Stefan Hoszowski.

ANALIZA NIEROZPOZNANYCH OGNISKOWYCH SPRAW MÓZGOWIA, PRZEBIEGAJĄCYCH POD POSTACIĄ NIETYPOWYCH PSYCHOZ. — J. Dretler.

Poddano analizie klinicznej 18 przypadków, przebiegających pod postacią nietypowych psychoz, gdzie sekcja wykazała ogniskowe schorzenia mózgowia. Przebiegi były tak nietypowe, że stawiano często kilka kolejnych rozpoznań w tym samym przypadku. Rozpoznania, zaznaczone w załączonej tabeli, są ostatniemi, ale podanemi także tylko warunkowo (przeważnie ze znakami zapytania).

Rozpoznanie kliniczne	Umiejscowienie guza					
	ilość przyp.	czołowe	ciemieniowe	skroniowe	międzymóżdże	móżdżek
Porażenie post.	5	2	2	—	1	—
Epilepsja	6	5	—	—	1	—
Arterjoskleroza	3	2	1	—	—	—
Psychoza organ.	3	—	1	1	—	1
Ps. przedstarcza	1	—	—	—	—	1

W materjale tym uderza przewaga guzów płata czołowego, co zgadza się z opinjami innych autorów o trudnościach rozpoznawczych w tej okolicy mózgowia. Przeważna część tych spraw przebiegała, w przeciwieństwie do materjału, publikowanego przez autorów poprzednich, nie jako porażenie postępujące, lecz jako padaczka.

W przypadkach tych wspólnym jest nagły początek psychozy, przebiegający bardzo ciężko, z objawami głębokich zmian psychicznych. W wielu przypadkach przebieg choroby był bardzo gwałtowny; trwała ona zaledwie kilka tygodni. Dokładne rozpatrzenie się w danych, dotyczących rozwoju choroby, a zwłaszcza studjum wywiadów, poucza, że u większości chorych wyraźnie zaznaczone zaburzenia istniały czas dłuższy, chociaż nie zwracały one na siebie uwagi chorego, ani jego rodziny. Przeważnie były to lekkie zaburzenia równowagi, niekiedy zaburzenia mnestyczno-kojarzeniowe, głównie zaś — przejściowe afazje i apraksje. Kiedy nagle wybuchała psychoza, nie można było już z zaburzeń o charakterze dementywnym czy amentywnym wyłuskać tych znacznie subtelniejszych objawów klinicznych.

Autor zwraca uwagę na konieczność uwzględniania przy rozpoznaniu tych właśnie wczesnych danych anamnestycznych, które, choć niewyraźne, mogą

niekiedy oddać usługi przy ustalaniu rozpoznania. Umiejscowienie schorzenia, rozmiary guza oraz ciężki stan ogólny chorego nie rokowałyby nadziei na skuteczność zabiegu, nawet w wypadkach trafnego rozpoznania. Omawiawiając metody pomocnicze przy rozpoznawaniu guzów, wyraża autor pogląd, że wobec ciężkiego ogólnego stanu nie można stosować odmy — ani czaszkowej, ani komorowej. Zresztą wobec niejasnego obrazu klinicznego zmiany wyglądu komór, któreby się stwierdziło w opisanych przypadkach, mogłyby pokrywać się z takiemi obrazami, jakie widzi się w padaczce, w porażeniu postępującem wzgl. innych rozsianych sprawach mózgowych, zwłaszcza, że za takiemi rozpoznaniami przemawiał cały obraz kliniczny.

Autoreferat.

TERAPJA.

JAK ZAPOBIEC SPADANIU NA WADZE W PSYCHOZACH. (On the preolution of lors of weight in the psychoses). — I. Finkelman. — Stany Zjedn. A. P. — (Amer. J. Psychiatry № 92, 1935 r.).

W celu zapobieżenia spadaniu na wadze psychicznie chorych podawał autor 12 pacjentkom z ostrą psychozą (przeważnie schizofrenja) w ciągu dwóch miesięcy 3 razy dziennie razem z posiłkami około $^1/_2$ litra płynu, zawierającego 6% żelatyny, 3% dekstrozy oraz 0,5% soli kuchennej. Mieszanka ta sprzyja zatrzymaniu się wody w tkankach. Wszystkie pacjentki, z wyjątkiem jednej, przybierały na wadze, podczas gdy pacjentki kontrolne, leczone w analogiczny sposób, lecz bez podawania powyższej mieszanki, na wadze traciły. Dalsze badania są w toku.

L. Bambauer.

ĆWICZENIA CIELESNE W ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH. (Leibes übungen an Irrenanstalten). — W. Reich. — Niemcy. — (Psychiatr. neurolog. Wochenschrift № 25 - 28 i 40 - 44, 1936 r.).

Na wstępie swej pracy daje autor obraz historyczny wprowadzania ćwiczeń cielesnych do programu leczniczego niemieckich zakładów psychjatrycznym. Tę leczniczą metodę stosowano już przed wojną światową w zakładach amerykańskich. Autor drogą systematycznego przeprowadzania z chorymi ćwiczeń fizycznych zdołał zmniejszyć ilość potrzebnych dla nich środków uspakajających i nasennych do minimum. Odosobnienia chorych w separatkach należą odtąd do rzadkości, a oddziały t. zw. niespokojne uspokoiły się do tego stopnia, że nawet można było zrezygnować z kąpieli prolongowanych.

Kardynalnemi warunkami powodzenia tej metody leczniczej są: cierpliwa i bezustanna indywidualna praca nad poszczególnym chorym oraz konieczność specjalnego wyszkolenia personelu pielęgniarskiego.

Na podstawie swych długoletnich doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że ćwiczenia cielesne winny się znaleźć w programie leczniczym wszystkich zakładów psychjatrycznych. Nadto ćwiczenia te są doskonałem przygotowaniem do dalszego etapu leczniczego — t. zw. terapji zajęciowej.

L. Bambauer.

O RÓŻNICZKOWEM STOSOWANIU LECZENIA PRACĄ PSYCHICZNIE CHORYCH). (O difierencirowannom primienienii trudowoj tierapii psychiczeski bolnych). — I. C. Siegal i O. J. Olszewskaja. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Newropatologija, Psichiatrija i Psichogigijena № 5, 1935 r.).

1) Efekt leczniczy terapji pracą polega na bezpośredniej walce przeciw całemu szeregowi objawów zachorzenia oraz na tem, że proces terapji pracą współdziała w dostosowaniu osobowości do powstałego psychicznego defektu.

2) Rozwijające się w trakcie terapji pracą funkcje kompensacyjne idą w różnych kierunkach, zależnie od struktury osobowości, która się rozwija w określonem społecznem środowisku, oraz od specyficznych właściwości procesu chorobowego.

3) Ostre psychiczne zachorzenie samo przez się nie stanowi przeciwwskazania do zajęcia chorego pracą. Tu należy do sprawy podchodzić w sposób indywidualny. Przeciwwskazania mają miejsce jedynie w wypadkach silnego motorycznego podniecenia, gdzie wobec tego celowy jest pościelowy rygor.

4) W wypadkach chorobowej reakcji chorego na zabiegi leczenia pracą (zwłaszcza przy dostatecznie zachowanym intelekcie) należy terapję taką uważać za niewskazaną.

5) W wypadkach uporczywego uchylenia się chorego od pracy należy zawsze zanalizować motywy i powody odmowy, a wychodząc z tych motywów — znaleźć sposoby wciągnięcia go do pracy.

6) Powodzenie w pracy chorego jest wskaźnikiem poprawy jego psychicznego stanu.

O. B.

PRZERYWANIE ZAPOMOCĄ ŚRODKÓW LECZNICZYCH SNU, WYWOŁYWANEGO W CELACH LECZNICZYCH. (Medikamentöse Durchbrechung des therapeutisch angewandten Dämmerschlafs). — H. Fischer. — Niemcy. — (Psych. Neurol. Wochenschrift № 39, 1935 r.).

Autor przychodzi do wniosku, że Cardiasol i Coramina mogą narówni służyć do przerywania głębokiego snu, wywoływanego u chorych w celach leczniczych przy stanach podniecenia. Konieczność przerywania zachodzi wówczas, gdy musimy choremu podać pokarm, co pod względem praktycznym jest bardzo ważne. Wystarcza w zupełności zastrzyk Coraminy w ilości 5,5 cm^3 lub Cardiasolu 3,0. Wobec tego, że dawka lecznicza jest bardzo wysoka, przekroczenie jej jest prawie niemożliwe.

B. Warpechowski.

KLINICZNE SPOSTRZEŻENIA NAD ŚRODKIEM NASENNYM „PROFUNDOL". (Klinische Beobachtungen übr das Schlafmittel „Profundol"). — Ed. Gamper i H. Horn. — Niemcy. — (Klin. Wochenschrift № 43, 1933 r.).

Preparat wypróbowano na 64 chorych (320 prób). Jako środek nasenny „Profundol", zastosowany na materjale psychjatrycznym przy zaburzeniach snu, wywoływał sen spokojny, trwający 7 godzin. „Profundol" jest to zatem środek, który dobrze nadaje się do stosowania przy wszystkich ciężkich i trudnych do zwalczania bezsennościach, jakie spotyka się w praktyce kliniczno-psychjatrycznej. Przy pomocy tego środka utrzymuje się sen spokojny, długi. Występuje on w godzinę po podaniu środka. Chcąc zatem osiągnąć pewny skutek, należy środek ten podać na godzinę przed pójściem chorego na spoczynek.

B. Warpechowski.

BADANIE KATAMNETYCZNE PACJENTÓW, ZWOLNIONYCH Z ZAKŁADU. (An investigation into the after-histories of discharged mental patients). — L. H. Wootton, R. W. Armstrong, D. Lilley. — St. Zjedn. A. P. — (J. ment. Sci. № 81, 1935 r.).

Badano katamnezy chorych zwolnionych w latach 1928—1931. Można było wykorzystać do badań tylko 131 przypadków. Z tych 58,8% wykazało dobry stan psychiczny, u 11,2% stwierdzono drobne nawroty przemijające szybko, bez konieczności internowania. Na 38 schizofreników prawie połowa spełnia swe zadania, wykonując dobrze swój zawód. Na 8 psychoz poporodowych wszystkie 8 kobiet są zdrowe, mimo dalszych porodów. Nawroty pojawiają się najczęściej w pierwszych 3 miesiącach po wyjściu z zakładu.

Wnioski: 1) schizofrenja daje łagodniejsze zejścia, niż się ogólnie przyjmuje; 2) w psychozach poporodowych nietylko poród gra rolę czynnika wywołującego chorobę. Chorych w pierwszych miesiącach po opuszczeniu zakładu należy doglądać.

jd.

DŁUGOTRWAŁE NARKOZY U CHORYCH PSYCHICZNIE. (Prolonged narcosis in mental disorder). — R. Ströme-Olsen, McCowan. — St. Zjed. A. P. — (J. ment. Sci. 80, 1934 r.).

U 107 chorych przeprowadzili autorzy 128 długich narkoz: 117 somnifenem, 9 veronalem, 2 dialem. Po przytoczeniu teorji narkozy długotrwałej, przedstawiają autorzy technikę zabiegu, która nie różni się zbytnio od pierwowzoru szwajcarskiego. Prawie stale podają insulinę. Dwa wypadki zgonu, 24 poważnych powikłań cielesnych. Stosunkowo mało popraw, a jeszcze mniej wyleczeń.

jd.

ĆWICZENIA CIELESNE ZAMIAST NARKOTYKÓW U KOBIET PODNIECONYCH. (Leibesübungen an Stelle von Narkoticis bei unruhigen, geisteskranken Frauen). — Riedel. — Niemcy. — (Psych. Neur. Woch. № 241, 1935 r.).

Po historycznym wstępie wskazuje autor, że ćwiczenia cielesne, przeprowadzane systematycznie przy celowej indywidualizacji, mogą u chorych podnieconych zastąpić w zupełności podawanie narkotyków. Dla kobiet najlepiej nadają się gry w piłkę, rzadziej biegi (dla chorych niezbornych zaleca autor biegi przy rozciągniętej linie). Ćwiczenia musi się zawsze prowadzić na wolnem powietrzu, przyczem należy zwracać uwagę na gimnastykę oddychania. Poza uspokojeniem stwierdza autor dodatni wpływ tych ćwiczeń na schorzenia narządu oddychania i krążenia.

jd.

PATOLOGJA I TERAPJA ZATRUĆ ŚRODKAMI NASENNEMI. (Bemerkungen zur Pathophysiologie der Schlafmittelvergiftung). — Riebeling. — Niemcy. — (Psych. Neur. Woch. № 125, 1935 r.).

W odczycie, wygłoszonym w Hamburgu, zwraca autor uwagę na to, że — jak wykazały poprzednie jego badania — pochodne kwasu barbiturowego znajdujemy stale w przypadkach zatrucia, a nawet nadużywania środków nasennych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Po wspomnieniu o znanem leczeniu strychniną tego rodzaju zatruć podkreśla autor wynikającą z poprzednich rozważań konieczność stosowania upustów płynu mózgowo-rdzeniowego. W zależności od stopnia zatrucia dochodzi autor do upuszczenia 30—40 ccm płynu. Poza tem zaleca stosowanie środków moczopędnych, wobec znanego, ale tylko farmakologom, działania hamującego tych środków na diurezę u człowieka.

jd.

NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY.

O NIEDOROZWOJU PSYCHICZNYM. (Über der Schwachsinn). — Ewald. — Niemcy. — (Münchener med. Wochenschrift № 2, 1935 r.).

Wychodząc z założenia, że w dobie obecnej, kiedy eugenika odgrywa tak wybitną rolę, nietylko psychjatra, lecz każdy lekarz wolnopraktykujący winien być dobrze obeznany z pojęciem „niedorozwoju psychicznego", omawia autor szczegółowo cały łańcuch stopni niedorozwoju psychicznego, począwszy od idjotyzmu, przez imbecillitas i debilitas aż do głuptactwa „fizjologicznego". Często lekarz niedoświadczony myli pojęcie „zakres wiadomości" z pojęciem „inteligencji". Wciąż jeszcze dobre rozwiązywanie rachunków uważane jest za miernik stopnia inteligencji. Jest to sposób wygodny, lecz niewłaściwy, gdyż poszczególne zdolności mogą u jednego osobnika być specjalnie rozwinięte, inne zaś będą zawodne. We wszystkich przypadkach wątpliwych konieczne jest dokładne badanie inteligencji (uwagi, zdolności, pojmowania, trafności sądzenia itd). Granice pomiędzy poszczególnemi stopniami niedorozwoju psychicznego są niewyraźne.

W dalszym ciągu swej pracy omawia autor różne postacie idjotyzmu, sprawę zakażenia w łonie matki oraz kwestję niedorozwoju psychicznego wrodzonego. Zwraca uwagę na niebezpieczeństwo roentgenowania kobiet w ciąży, mówi o wpływie alkoholizmu wzgl. morfinizmu rodziców na rozwój intelektualny dziecka. W parze z wrodzoną słabością umysłu idą zaburzenia sfery uczuciowej, popędowej i woli. Sposób dziedziczenia słabości umysłu nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony.

Za najodpowiedniejszy środek zapobiegawczy do zwalczania niedorozwoju psychicznego uważa autor sterylizację osobników pod względem eugenicznym małowartościowych. O terapji w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy być nie może. Dążenia nasze powinny iść w kierunku uzgodnienia interesów poszczególnego chorego z wyższemi wymaganiami całego społeczeństwa.

L. Bambauer.

CHEMJA MÓZGU PRZY NIEDOROZWOJU PSYCHICZNYM. (The chemistry of brain in mental defective) — W. R. Ashley i A. Glynn. — Stany Zjedn. A. P. — (J. of Neur. № 15, 1935 r.).

Badano dla porównania 62 mózgi oligofreników i 9 ludzi zdrowych. Mózg utrwalano w formalinie. Badano osobno substancję białą i szarą. Ilość wody badano przez wysuszanie substancji mózgowej w próżni wysysającej. W wyniku tych badań stwierdzono, że z wiekiem ilość wody w mózgu zmniejsza się, że u oligofreników mózg zawiera wody więcej, niż mózg zdrowy i że myelina nie podlega zmianom. Tłuszcze badano po ekstrakcji chloroformem. Stwierdzono, że lipoidy nie ulegają w warunkach chorobowych wyraźnym zmianom, oraz wykazano, że w chorych mózgach jest więcej fosforu niż w zdrowych.

Jd.

CZY ISTNIEJE ZWIĄZEK POMIĘDZY WAGĄ CIAŁA PRZY URODZENIU A WSPÓŁCZYNNIKIEM INTELIGENCJI U DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE? (Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und dem Intelligenzquotienten bei Frühgeborenen?) — T. Brander. — Niemcy. — (Monatsschrift für Kinderheilkunde № 63, 1935 r.).

Autor omawia szczegółowo znaczenie wagi noworodka przy porodach przedwczesnych i udowadnia, że istnieje pewien swoisty związek pomiędzy współczynnikiem inteligencji a średnią wagą takiego dziecka. Im waga noworodka jest niższa, tem większą jest jego skłonność do krzywicy, spasmofilji i skazy wysiękowej. Rozwój fizyczny takich dzieci jest wybitnie upośledzony. Struktura naczyń krwionośnych jest prymitywniejsza, co pociąga za sobą zwiększoną przepuszczalność drobniejszych naczyń; tem tłumaczą się także stosunkowo częste porodowe uszkodzenia wśródczaszkowe. Często właśnie u tych dzieci spotykamy oprócz ogólnego opóźnienia rozwoju funkcyj statycznych rysy neuro- i psychopatyczne oraz wybitniejsze zaburzenia psychiczne różnego rodzaju (oligofrenja, epilepsja, porażenie spastyczne).

Na podstawie swych badań, przeprowadzonych na 376 noworodkach przedwcześnie urodzonych, stwierdził autor istnienie stałego cyfrowego związku pomiędzy wagą przy urodzeniu a współczynnikiem inteligencji. Przy określaniu stopnia inteligencji posługiwał się metodą Binet-Simona. Okazało się bowiem, że grupa z wagą przy urodzeniu 1000—1500 g nie daje wogóle żadnego dziecka o normalnym poziomie intelektualnym. Wypadki urodzin dzieci normalnych o wadze od 1510 g należą do rzadkości. Dopiero przy wagach od 2110 g począwszy mówić możemy o „uzdolnieniu normalnem". Reasumując powyższe, autor twierdzi, że im niższa jest średnia waga przy urodzeniu, tem niższym jest również średni współczynnik inteligencji u dzieci przedwcześnie urodzonych. Nie zataja jednakże również faktów, że niekiedy nawet idjoci należeć mogą do grupy najwyższych wag, ale to są wyjątki.

L. Bambauer.

POŻYTECZNOŚĆ PSYCHICZNIE NIEDOROZWINIĘTYCH W ŻYCIU CODZIENNEM. (Die Bewährung Schwachsinniger im täglichen Leben). — F. Dubitscher. — Niemcy. — (Erbarzt № 2, 1935 r.).

Ludzie z wrodzonym niedorozwojem psychicznym pracują niejednokrotnie na dość poważnych stanowiskach i — jako tako spełniają swoje obowiązki, nie zwracając na pierwszy rzut oka na siebie uwagi swem kalectwem psychicznem. Fakt, że „dadzą sobie w życiu radę", że są niby pożyteczni, nie przeszkadza nam jednak zakwestjonować tu ten ich pozornie normalny stan psychiczny.

Wiadomo, że człowiek nawet ze znacznym stopniem niedorozwoju psychicznego może pozornie zupełnie dobrze prosperować na stanowisku, nie wymagającem wysiłków psychicznych samodzielnych, lecz tylko pracy drugorzędnej, automatycznej. Jego niedołęstwo psychiczne wychodzi dopiero wtedy najaw, kiedy stawia się go wobec nowych, zupełnie dla niego obcych wymagań praktycznych. Autor odróżnia pojęcie „inteligencja teoretyczna" od pojęcia „inteligencji praktycznej". Inteligencja praktyczna jest to zdolność nastawiania swych poczynań na nowe, różnorodne wymagania oraz zdolność odpowiedniego ich dostosowywania do nowych zadań, warunków i sytuacyj życia.

Inteligencję praktyczną bada autor zapomocą specjalnych testów.

L. Bambauer.

MONGOLIZM PRZED I PO WOJNIE ŚWIATOWEJ. (Der Mongolismus vor und nach dem Weltkriege). — W. Stoeltzner. — Niemcy. — (Medizinische Klinik № 1, 1935 r.).

Na wstępie swego artykułu omawia autor objawy kliniczne mongolizmu, następnie sposoby oraz wyniki leczenia, przyczem zaznacza, że nie widział żadnych trwałych sukcesów ani po naświetlaniu roentgenem, ani po podawaniu preparatów tarczycowych. Etjologję tego schorzenia uważa wciąż jeszcze za niewyjaśnioną. Stwierdza poza tem, że ilość przypadków mongolizmu wzrasta po wojnie światowej stale i to prawie we wszystkich krajach. Autor przyłącza się do opinji Lenza, który za przyczynę, wywołującą mongolizm, uważa uszkodzenie zarodzi przez środki antykoncepcyjne.

L. Bambauer

EPILEPSJA, NARKOLEPSJA, TETANJA I INNE.

LECZENIE NAPADU PADACZKOWEGO SOLAMI WAPNIA. (Die Behandlung des epileptischen Anfalls mit Calciumsalzen). — B. Wüsten. — Niemcy. — (Münch. Med. Wschr. № 2. 1935 r.).

Autor sprawdził dokładnie skuteczność stosowania, rozmaicie w literaturze ocenianych, soli wapnia i stwierdził, że poziom jego u zdrowego człowieka zmienia się bardzo nieznacznie (Dirr). Stosunkowo najłatwiej można na sprawę tę wpłynąć przy pomocy zastrzyków domięśniowych. Z badań laboratoryjnych wynika, że zawartość wapnia u nieleczonych wapniem epileptyków zazwyczaj jest normalna, niekiedy nawet nadmierna, nigdy natomiast nie bywa zmniejszona. Nigdy również nie stwierdzono zmiany zachowania się wapnia w przypadkach napadów sporadycznych; zmniejszenie zaś zawartości wapnia we krwi spotykano jedynie przy napadach częstych i w status epilepticus.

Próby lecznicze padaczki przy pomocy Percalitu i Calcinolu w przypadkach odosobnionych napadów były prawie bezskuteczne, lepsze wyniki otrzymano w status epilepticus, przyczem należy stwierdzić, że już dawka jednorazowa wywiera pewien dodatni wpływ na czynność serca i wydzielanie nerek.

Napady epileptyczne zmieniają poziom wapnia, a nie naodwrót. Stałe podniesienie tego poziomu wzgl. choćby tylko nawet wywarcie wpływu na zawartość wapnia — jest niemożliwe; w najlepszym razie może ono być tylko przemijające, ponieważ równocześnie z podaniem wapnia rozpoczyna się także proces wydzielania go przez nerki. Wskazanem byłoby zatem aplikowanie wapnia jedynie w status epilepticus. Autor powołuje się tu na stanowisko, zajmowane w tej kwestji przez Wutha i Rabinowitscha.

K. F.

SKUTECZNOŚĆ DZIAŁANIA ACETYLCHOLINY W LECZENIU PADACZKI POURAZOWEJ. (Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie traumatique). — Fribourg-Blanc, Lassale i Passa. — Francja. — (Pressé Medicale № 2, 1935 r.).

Autorzy referują 2 przypadki padaczki pourazowej z napadami typu Jacksona. Chodziło o przypadki ciężkie, zastarzałe, z ciałami obcemi w mózgu. Leczenia zachowawcze jak i chirurgiczne zawiodły. Zaczęto podawać acetylcholinę w dawkach po 0,1 g. podskórnie, przy wykluczaniu wszel-

kich innych środków. Już po kilku dniach nastąpiła poprawa: napady stały się rzadsze, a wkońcu zniknęły zupełnie i nie powróciły nawet po przerwaniu zastrzyków acetylcholiny.

Efekt leczniczy przypisują autorzy działaniu acetylcholiny przeciw spazmowi naczyń.

L. Bambauer.

PADACZKA POURAZOWA. (Traumatic epilepsy). — C. P. S y m o n d s. — Anglja. — (Lancet № 2, 1935 r.).

Autor referuje swe doświadczenia z dziedziny padaczki pourazowej, przytaczając szereg większych prac z literatury. Napady kurczowe, pojawiające sią już w pierwszych dniach po urazie, pozwalają nam przypuszczać, że mamy tu do czynienia z krwotokiem wśród- wzgl. podoponowym; rzadko jednak wywiązuje się u tego rodzaju chorych padaczka długotrwała. Napady kurczowe, wystepujące później, należy oceniać poważniej, gdyż są one zazwyczaj następstwem uszkodzeń mózgu, pociągających za sobą wytwarzanie się blizn. Okres pomiędzy urazem a ukazaniem się napadów trwa miesiące, nawet lata całe — przeciętnie 10—18 miesięcy. Przeważają napady kurczowe natury ogólnej, rzadko stosunkowo bywają napady zlokalizowane. Prognoza padaczki pourazowej nie różni się wiele od prognozy padaczki samoistnej; leczenie obu jej rodzajów jest jednakowe. Rany postrzałowe czaszki powodują częściej padaczkę, aniżeli uszkodzenia czaszki „zamknięte", t. zn. nie otwierające jamy czaszkowej. Im dłużej trwa nieprzytomność pourazowa, tem poważniejsze musiało być uszkodzenie mózgu, a prawdopodobieństwo późniejszej padaczki jest większe; krótkotrwała nieprzytomność pourazowa następstw tych jednakże również nie wyklucza. Przeprowadzenie ścisłego rozgraniczenia pomiędzy padaczką pourazową a samoistną nastręcza nieraz wiele trudności, dlatego też ostateczne opowiedzenie się za padaczką pourazową powinno być uzależnione od dokładnego stwierdzenia przebytego urazu, który istotnie spowodował bepośrednie uszkodzenie mózgu.

L. Bambauer.

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO PRZY PADACZCE. (L'esame del liquor nell'epilessia). — S. C a g l i e r o. — Włochy. — (Il Cervello № 3, 1935 r.).

Autor zbadał płyn m.-rdz. u 100 chorych z objawami padaczki w ciągu 24 godzin po napadzie i w 24% przypadków znalazł w płynie zmiany patologiczne. Należy podkreślić, że $^{3}/_{4}$ wszystkich przypadków były to przypadki padaczki objawowej, a wśród nich większość pochodzenia meningealnego.

G. Szwarcenberg.

KLINICZNE I DOŚWIADCZALNE STUDJA NAD NARKOLEPSJĄ. (Rilievi clinici e sperimentali sulla Narcolepsia). — I. Di M a u r o. — Włochy. — (Il Cervello № 2, 1935 r.).

Narkolepsją nazwał G é l i n e a u (1880) sen patologiczny bardzo głęboki, występujący w sposób nieprzeparty. Źródło tego stanu upatruje w szkodliwościach, które dotknęły bądź dno III komory (L h e r m i t t e), bądź też przysadkę mózgową. Autor omawianego artykułu przytacza opis przypadku, w którym stany narkoleptyczne występowały w związku z zaburzeniami

w wydzielaniu wewnętrznem trzustki z nagłem obniżeniem poziomu cukru we krwi. Stany te usuwał autor uciskiem na okolicę trzustki i jajników. Po pewnym czasie zabieg ten już nie przerywał narkolepsji. Mimo iż autor wyraźnie stwierdza kliniczne pobobieństwo narkolepsji do stanów hipoglikemicznych — dla podniesienia poziomu cukru we krwi glukozy nie stosował.

G. Szwarcenberg.

PROSTY SPOSÓB SZTUCZNEGO WYWOŁYWANIA NAPADU KURCZOWEGO U EPILEPTYKÓW. (Ein einfaches Verfahren, das ermöglicht, bei Epileptikern einen Krampfanfall auszulösen). — O. Muck. — Niemcy. — (Münchener Medizinische Wochenschrift № 51, 1935 r.).

W trakcie badań nad pobudliwością włókien współczulnych nerwów naczyniowych wykrył autor przypadkowo sposób wywoływania u epileptyków różnego rodzaju epileptycznych napadów drgawkowych. Sposób ten jest bardzo prosty. Badanemu, siedzącemu na krześle, rozpyla się jedno- lub obustronnie na skórę, w miejscu, gdzie się zwykle bada tętno, a więc w okolicy art. radialis, chlorek etylu. Rozpylanie to trwa 20—30 sekund aż do zabielenia się skóry. Podczas gdy człowiek zdrowy nie wykazuje przy tej próbie żadnych zaburzeń ani świadomości, ani ruchomości kończyn, u niektórych epileptyków już po kilku sekundach lub minutach występują napady kurczowe, przebiegające zupełnie analogicznie do zwykłych napadów epileptycznych. Zjawisko to, według autora, polega na silnem kalorycznem podrażnieniu włókien współczulnych nerwów naczyniowych. Fakt, że próba ta w pewnej ilości przypadków zawodzi, tłumaczy autor tem, iż epileptycy w czasie trwania ich choroby spożywają niezliczone ilości luminalu, którego działanie na organizm trwa.

Autor zachęca do dalszych badań w tym kierunku, albowiem próba ta może mieć pewne znaczenia przy wykrywaniu ewtl. padaczki utajonej, w przypadkach sądowych itp.

L. Bambauer.

O ZNACZENIU DOŻYLNEGO PODAWANIA ROZTWORU HYPERTONICZNEGO „NACE" W EPILEPSJI I SCHIZOFRENJI. (O znaczenii wnutriwiennych wliwanij gipertoniczeskago roztwora „Nace" pri epilepsii i szizofrenii). — I. Śliwko i K. Krzyżanowskaja — U. S. S. R. — (Sowietskaja Psichonewrołogija № 5, 1934 r.).

W klinice psychjatrycznej Kijowskiego Psychoneurologicznego Instytutu autorzy stosowali w przypadkach epilepsji dożylne podawanie 15% rozczynu „Nace" w ilości 10—14 cm^3. Wychodzili oni z teoretycznego założenia, że oddziaływując na zmianę ciśnienia osmotycznego i naruszając jego stosunek pomiędzy krwią a tkankami, spowodują zmniejszenie obrzęku mózgu i usuną towarzyszące mu objawy. Wykonali 140 injekcyj dożylnych. Na 91 zabiegów u epileptyków w 80 wypadkach otrzymali usunięcie bólów głowy przez czas od jednego, do trzech dni. Na 12 zabiegów u schizofreników, bóle głowy u dziesięciu zdołali usunąć. Tylko w 6 przypadkach obserwowali istotne zmniejszenie ilości napadów epileptycznych, zależnie od dokonanych zabiegów. W poszczególnych przypadkach wykonywano 9—10 injekcyj w rozmaitych odstępach czasu, przeważnie trzydniowych. Badania krwi — chemiczne i morfologiczne — wykazały, że zabieg ten nie daje jakichkolwiek większych odchyleń w sensie biochemicznym, — zmienia tylko stosunki osmotyczne i izojonję krwi.

Wyraźnym zmianom ulegała przemiana podstawowa: po zabiegu podnosiła się zazwyczaj od 11 do 40%. Autorzy uważają, że zabieg ten w obrębie komórek powoduje podniesienie procesów oksydacyjnych, a co za tem idzie — całkowite usuwanie niedotlenionych resztek u epileptyka.

W. Terajewicz.

BADANIA FARMAKOLOGICZNE ZASADY LECZENIA BORAKSEM PADACZKI. (Pharmakologische Untersuchungen über die Grundlagen der Bortherapie bei Epilepsie). — C. M a i e r. — Szwajcarja. — (Mschr. Psychiatr. № 91, 1935 r.).

Na początku pracy autor zestawia znaną literaturę i podaje dotychczasowe próby leczenia padaczki boraksem. Następnie przechodzi do opisu przeprowadzanych badań doświadczalnych na zwierzętach (stosował: Tetrahydronaphylamin — HCl — Pikrotoksynę). Dalej opisuje badanie u chorych krwi na zawartość chloru, sodu, potasu itd. Potem omawia rozmaite preparaty i ich działanie, aż wkońcu przychodzi do następujących wniosków:

1) W dotychczasowej literaturze boraks zyskiwał prawo w leczeniu padaczki. Zastosowanie go może mieć miejsce wówczas, gdy np. leczenie bromem i luminalem nie daje pożądanych skutków lub daje przykre objawy uboczne itd.

2) Doświadczalnie stwierdzono, że przy stosowaniu wyżej wspomnianych środków uzyskuje się dobry wpływ na drgawki mózgowe. Skuteczność środka potęguje się przy podawaniu go dożylnem.

3) W porównaniu z leczeniem bromowem, przy leczeniu boraksem nie zachodzi przesunięcie poziomu chloru we krwi i nie stwierdza się działania narkotycznego.

4) Działanie boru polega na odłączeniu pewnych koloidów tkankowych, czem się tłumaczy znaczna diuoresa i spadek wagi u chorych.

5) Dodatni wpływ boru na przerywanie napadu epileptycznego tłumaczy się jego odczepiającem działaniem przy równoczesnem zakwaszającem działaniu przemiany materji.

6) W praktyce zastosowanie boru jest utrudnione dzięki jego zasadowości. Wolne kwasy borowe nie bywają też stosowane zpowodu złego znoszenia ich przez organizm. Najlepiej nadają się najrozmaitsze połączenia boru z kwasem winnym w dawce 8—14 g.

B. Warpechowski.

CIĘŻKA EPILEPSJA, LECZONA CHIRURGICZNIE. (Epilepsie grave, traitée chirurgicalement) — J. A. B a r r é, Cl. V i n c e n t i H e l l e. — Francja. — (Rev. Neur. № 63, 1935 r.).

Jako przykład epilepsji, leczonej chirurgicznie, podają autorzy przypadek z dziewczyną chorującą od szeregu lat na ciężką epilepsję z ogólnemi atakami drgawkowemi. Z racji zaburzeń ruchowo-afatycznych, pojawiających się u niej w czasie zamroczeń po atakach, w miejscu, gdzie znajdują drobną bliznę ze zrostem opony z korą przeprowadzają zabieg. Od czasu zabiegu (3 lata) zupełny brak ataków. Referenci podkreślają rzadko pomyślne zejście pooperacyjne tego przypadku.

Jd.

PADACZKA PRZY WĄGRZYCY. (Epilepsy in cysticercosis). — H. B. F. D i x o n, S m i t h e r s. — Stany Zjed. A. P. — (Quarter. J. Med. 1934 r.).

Badania przeprowadzono na 71 przypadkach skontrolowanych patologoanatomicznie, i stwierdzono, że padaczka jest jednym z najczęstszych, a nie-

jednokrotnie nawet jedynym tylko objawem przy wągrzycy. Niekiedy badanie roentgenologiczne wykazuje zwapniałe wągry. Reakcje serologiczne często zawodzą, wobec czego wiele przypadków pozostaje nierozpoznanych. Autorzy wykazują pewien sceptycyzm w leczeniu. Uważają, że każdego, pochodzącego z kolonij, u którego pojawi się padaczka bez tła organicznego i dziedzicznego, należy podejrzewać o wągrzycę. (Dziwnem się wydaje, że autorzy, wyliczając metody diagnostyczne, nie wspominają o eozynofilji w płynie mózg.-rdzen., ani o t. zw. rozszczepieniu reakcyj: złoto, mastix, będźwin itp. dają krzywe paralityczne przy ujemnych odczynach Wassermanna, Kahna, Müllera, Sachs-Georgiego i in.).

jd.

ZNACZENIE KORY MÓZGOWEJ DLA NARKOLEPSJI. KLASYFIKACJA NARKOLEPSJI I STANÓW POKREWNYCH. (The role of the cerebral cortex in narcolepsy; the classification of narcolepsies and allied disorders). — M. Lewin. — Stany Zjed. A. P. — (J. of Neur. № 236, 1935 r.).

W narkolepsji kora jest tym narządem, który, według autora, „śpi". Zdaniem Pawłowa sen polega na czynności zahamowania, która rozprzestrzenia się na poszczególne ośrodki. Ośrodek w III komorze reguluje tylko nasilenie, tj. częstość, długość i głębokość snu rozprzestrzeniającego się jednak po całym mózgu. Autor rozróżnia dwa typy senności: senność patologiczną bez objawów snu umiejscowionego i przypadki ze snem umiejscowionym. Do tych należy katapleksja i t. zw. porażenie senne. Napad kataplektyczny powstaje nagle, podczas gdy porażenia senne rozwijają się znacznie wolniej. Do tej samej (drugiej) grupy należą chorzy z występującem napadowo stanami osłabienia — bez senności i bez podniecenia. W takich przypadkach jest albo kora, albo jądra podkorowe snu w stanie podrażnienia.

jd.

UWAGI DO NOWOCZESNEGO AMBULATORYJNEGO LECZENIA PADACZKI. (Cemments on present - day ambulant treatment of epilepsy). — E. Jarlov, — Danja. — (Acta psychiatr. № 10, 1935 r.).

Stając na stanowisku, że należy nietylko walczyć z napadami, lecz również dążyć do usunięcia produktów toksycznych, autor poza leczeniem luminalem stosuje także środki przeczyszczające i dietę. Dieta składa się z pokarmów o małej zawartości białka.

B. Warpechowski.

BADANIA NAD KRĄŻENIEM KRWI U EPILEPTYKÓW. (Studies in blood circulation in epilepsy). — Gibbs, Lennox, Gibbs. — Stany Zjed. A. P. — (Arch. Neur. Psych. № 32, 1935 r.).

Zapomocą specjalnej aparatury termoelektrycznej — przy wkłuciu igły do żyły jarzmowej — badano krążenie krwi w czasie ataku epileptycznego sporadycznego i serji ataków. Stwierdzono jedynie w serjowych atakach silne wahania w szybkości krążenia oraz w ciśnieniu krwi żylnej, co jest poniekąd argumentem przeciw teorjom, przyjmującym anemizację mózgu za bezpośredni powód ataków drgawkowych.

jd.

MIGRENA A EPILEPSJA. (Migrene and epilepsy). — Passkind. — Stany Zjed. A. P. — (Am. Jour. Neur. № 32, 1935 r.).

Autor porównał częstość występującej rodzinnie migreny w rodzinach epileptyków z częstością zapadnięć na migrenę w rodzinach nie obarczonych padaczką oraz w takich rodzinach, które wykazują inne nieznamienne scho-

rzenia nerwowe i przemiany materji. Porównanie to przeprowadzone w obrębie dużego stosunkowo materjału, wykazało, że nie można ustalić, gdzie owa częstość występowania migreny jest jest większa — w rodzinach epileptyków, czy innych.

jd.

PORAŻENIE POSTĘP. I LUETYCZNE ZACHORZENIA PSYCHICZNE.

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO PRZY SCHORZENIACH KIŁOWYCH. (L'esame del liquor nella sifilide). — E. Ciambellotti. — Włochy. — (Giorn. Ital. Dermat. № 76, 1935 r.).

W bardzo obszernej pracy omawia autor wyniki swych badań, przeprowadzonych nad płynem mózgowo-rdzeniowym u 700 chorych na kiłę. Przeprowadził on mianowicie następujące badania wzgl. reakcje: mierzenie ciśnienia płynu (początkowe i po wypuszczeniu 7 cm^3 płynu), odczyn Wassermanna, odczyny — Meinicke, Takata Ara, Nonne-Apelt, Weichbrodt, Pandy, odczyn złotowy, benzoesowy, mastyksowy, liczenie ciałek, oznaczenie albumin.

Na podstawie swych licznych badań dochodzi autor do następujących wniosków:

Ciśnienie płynu może mieć pewne znaczenie, również badanie ciałek ilościowe, a nieraz nawet i jakościowe. Bez zasadniczego znaczenia wydają się autorowi: ciężar gatunkowy płynu, lepkość, napięcie powierzchniowe, przewodnictwo elektryczne, spektogram, zawartość chlorków, bromu, wapnia, cukru, acetonu, bilirabiny, kwasu mlekowego, kwasów aminowych, szczawianów itp. Albuminy przy schorzeniach zarówno mózgowych, jak i oponowych bywają zwykle wzmożone. Do oznaczenia albuminu poleca autor metodę Brandberga. Reakcje Boltza i Tacconego mają jedynie znaczenie ogólnoorjentacyjne, również i reakcje Pandy'ego, Nonnego i Weichbrodta. Badanie zawartości fermentów w płynie jest nieraz wskazane; metoda badania wymaga jednak dalszego opracowania. Przepuszczalność opon nie posiada, według autora, zasadniczego znaczenia; za odczyny najważniejsze uważa on jednak tylko t. zw. odczyny koloidalne. Autor zaprzecza stanowczo istnieniu t. zw. specyficznych wykresów (krzywych), typowych dla tego lub innego schorzenia. Krzywą paralityczną ocenia jako wyraz wzmożonej destrukcji miąższowej. Reakcję złotową (Lange), mimo trudności wykonywania, zaleca jako najpewniejszą. Reakcja Wassermanna jest i pozostaje nadal „reakcją podstawową",— uzupełniają ją w licznych przypadkach dodatkowo takie reakcje, jak Meinicke, Kahn, Müller lub Kline. Przy lues I spotykamy rzadko i to tylko częściowo dodatni odczyn Wa; w wyższym stopniu dodatni odczyn Wa spotykamy natomiast przy lues II, w 50% przypadków, a przy lues III — w około 45% przypadków. Wśród licznych postaci chorobowych otępienie paralityczne (dement. paral.) wykazuje najwięcej odczynów dodatnich. Odczyny dodatnie pojawiają się w następującej kolejności: wpierw wzmożenie ciśnienia, potem pleocytoza, wzmożenie albumin, globulin, później odczyny koloidalne, a na końcu dopiero odczyny specyficzne. W trakcie leczenia najdłużej utrzymują się dodatnie odczyny koloidalne.

L. Bambauer.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA KIŁY WRODZONEJ W NEUROPSYCHJATRJI WIEKU DZIECIĘCEGO. (Zur Diagnostik der hereditären Lues in der Neuropsychiatrie des Kindesalters). — E. Stern. — Niemcy. — (Zeitschrift für Kinderpsychiatrie № 2, 1935 r.).

Autor zwraca uwagę na szereg zmian psychotycznych, jak np. pewne formy słabości umysłu, mongolizm, napady epileptyczne, choroba Little'a, psychopatja, spaczenie charakteru itp., których dawniej nie rozpoznawano jako skutki kiły wrodzonej. Do stygmatów podłoża kiłowego przy równoczesnem istnieniu kiły u rodziców, według autora, należą: opóźnienie psychicznego rozwoju dziecka, opóźnienia mowy, chodzenia i opanowania funkcyj fizjologicznych. Z opóźnienia wspomnianych funkcyj nie możemy wyciągać ostatecznych wniosków, lecz na tego rodzaju fakty winniśmy jednakże zwracać specjalną uwagę. Pomiędzy rozwojem inteligencji a rozwojem funkcyj motorycznych istnieje wyraźny paralelizm: opóźnienie jednych przemawia za opóźnieniem drugich. Zastanawiające są kurcze, występujące u dziecka krótko po jego urodzeniu się. Pojawianie się ich w okresie ząbkowania niekoniecznie przemawiałoby przeciw podłożu kiłowemu, gdyż, jak wiadomo, przyczynia się często właśnie kiła do łatwiejszego ich wyzwalania się. Przy ocenianiu moczenia się dziecka trzeba wykluczyć przypadki psychopochodne; wszelkie zaś podejrzane przypadki należy bez wyjątku roentgenować.

W dużym procencie spotykamy także opóźnione zamykanie się kanału kręgowego. Zabieg operacyjny jest w tych wypadkach często zbyteczny, gdyż leczenie przeciwkiłowe doprowadza samo w krótkim nieraz czasie do wyleczenia. Jako objawy ze strony zębów wypada tu wymienić t. zw. zęby Hutchinsona, następnie ponadliczbowe wyniosłości (tubercula Carabelli), wcześniejsze psucie wzgl. zużywanie się zębów mlecznych, nadto opóźnione wywyrzynanie się zębów stałych, co jednak zdarzać się może również przy zaburzeniach w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Często wreszcie spotykamy także zbyt strome podniebienie, które nieraz w sposób czysto mechaniczny utrudnia mówienie. Duży obwód czaszki przemawia za patologicznem wzmożeniem ciśnienia wśródczaszkowego. Jako objawy mało znane wymienia autor brak wyrostka mieczykowatego przy mostku oraz istnienie jednego wzgl. większej ilości drobnych wklęśnięć w okolicy kości ogonowej, umieszczonych pionowo nad wylotem kiszki stolcowej.

Dalej — obok nosa siodełkowatego — wymienia: przytępienie słuchu, epicanthus (fałd przy wewn. kącie oka u mongołów), nie zamykanie się foramen ovale przy sercu, anomalje wzrostu, zatrzymanie się jąder w kanale pachwinowym.

Odczyn Wassermanna u dzieci, nawet z bezsprzecznie kiłowem dziedzicznem obarczeniem, bywa bardzo często ujemny — zarówno we krwi, jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Fakt ten nie powinien nas jednak wstrzymywać od energicznego leczenia przeciwkiłowego, gdyż ustąpienie licznych wyżej przytoczonych objawów chorobowych w trakcie leczenia przemawia często za istnieniem podłoża kiłowego.

L. Bambauer.

ROZPRZESTRZENIANIE SIĘ PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO W BRAZYLJI I INNYCH KRAJACH ŚWIATA. (La diffusione della paralisi progressiva in Brasile e in altre parti del mondo). — T. S e n i s e. — Włochy. — (Il Cervello № 2, 1935 r.).

Na podstawie przeglądu statystycznego, dotyczącego rozprzestrzanienia się porażenia postępującego w całym szeregu krajów, a szczególnie w Brazylji, Argentynie i Włoszech, wyprowadza autor szereg wniosków. Najważniejszym z nich to stwierdzenie, że porażenie postępujące pojawia się coraz częściej i niemal wszędzie, w szczegółości jednakże w tych miejscowościach, w których dotąd było zjawiskiem rzadkiem. Charakterystycznym jest również fakt, że prawie wszędzie ogólny wzrost tych zachorzeń przypada głównie na kobiety.

G. Szwarcenberg.

EWOLUCJA CYTOLOGICZNA PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM, LECZONEM MALARJĄ I ZAPOMOCĄ CHEMOTERAPJI. (Eovlution cytologique du L. C. R. dans la paralysie générale traitée par la malaria et la chimiothérapie). — S. R o u s s e t, B. T a s s o v a t z. — Francja. — (L'Encéphale № 1, 1935 r.).

Autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1. Badanie płynu, które w 98% daje wynik dodatni, ma wielkie znaczenie w rozpoznawaniu porażenia postępującego. Rozstrzyga rozpoznanie w przypadkach klinicznie wątpliwych.

2. Zmiany płynu nie dają wskazówek w kierunku określenia natury uszkodzeń korowych. Słabe lub silne wzmożenie ilości komórek nie świadczy o stopniu uszkodzenia szlachetnej tkanki mózgu.

3. Zmiany, zauważone w ciągu leczenia, pozwalają do pewnego stopnia przewidzieć przebieg choroby.

K. Wize.

WSKAZANIA I WYNIKI LECZENIA GORĄCZKOWEGO PRZY PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM. (Indications techniques et résultats de la pyrétothérapie de la paralysie générale). — M. M o n t a s s u t. — Francja. — (Bul. med. 1935 r.).

Im wcześniej stosujemy w przebiegu porażenia postępującego leczenie malarją, tem lepsze są wyniki. Stosowanie malarji po 60-ym roku życia jest niebezpieczne i mniej skuteczne. Ciąża jest tylko częściowem przeciwwskazaniem; dziecko może być zupełnie zdolne do życia, — trzeba je również leczyć chininą. Gruźlica niezupełnie wyleczona jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do stosowania malarji. Przeciwwskazanie stanowią również zdekompensowane wady serca, anewryzm aorty oraz ciężkie schorzenia wątroby i nerek. Aortitis i nieznaczne wzmożenie ciśnienia krwi pozwalają na przeprowadzenie leczenia gorączkowego, bardzo natomiast ostrożnie należy postępować z tem u osób otyłych, u chorych o niskiem ciśnieniu krwi oraz u osób nadmiernie wychudzonych; ostatnich można leczyć malarją, jednak dopiero po uprzedniem poprawieniu ich stanu cielesnego, U chorych skłonnych do apopleksji należy leczenie gorączkowe skombinować z leczeniem zapomocą acetylcholiny. Stany podniecenia nie powinny nas wstrzymywać od leczenia gorączkowego.

Rzeczą niezwykle ważną jest według autora, używanie do leczenia tylko wypróbowanych szczepów malarji; proponuje on nawet stworzenie t. zw.

ośrodków leczenia malarycznego. W większej części przypadków wystarczy szczepienie podskórne wzgl. domięśniowe; szczepienie dożylne może być również stosowane, o ile tylko stosujemy je w małych dawkach. Uprzednie badanie grup krwi nie jest tu konieczne. Przy samoistnem przerwaniu się malarji można najkorzystniej stosować zastrzyki mleka wzgl. inne (kazeina, nukleinina itp.). Jako specyficzne leczenie po malarji zaleca autor injekcje Stovarsol-natrium (3 injekcje po 1,0 g. na tydzień, przez 6 tygodni), przy stałej kontroli dna oka. Po tem leczeniu zaleca kurację zapomocą sulfarsenolu i bizmutu. Z poprawą stanu psychicznego nie idzie jednak w parze poprawa obrazu płynu mózgowo-rdzeniowego; pogorszenie się ostatniego jest dla nas objawem alarmującym, przemawiającym za koniecznością ponownego przeprowadzenia leczenia specyficznego.

Dzieląc wyniki leczenia na trzy grupy: t. zw. poprawy cielesne, poprawy neurologiczne i psychiczne oraz poprawy serologiczne — stwierdzamy, że pierwsze są bezsprzecznie najtrwalsze i najczęstsze a ostatnie — najrzadsze. Złą prognozę dają paralitycy młodociani, lepszą mężczyźni, aniżeli kobiety.

Wyniki wszystkich innych metod „lecznia gorączkowego" są, według autora, mniej pewne. Malarja jest i pozostanie metodą „klasyczną" leczenia gorączkowego. Inne metody należy stosować tylko wtedy, kiedy z tego lub innego powodu stan cielesny pacjenta nie pozwala na stosowanie malarji, wzgl. jeżeli leczenie malarją nie dało żadnego efektu.

L. Bambauer.

PSYCHOZY STARCZE I PRZEDSTARCZE.

ZESPÓŁ OBJAWÓW KLIMAKTERYCZNYCH, JEGO PATOGENEZA I LECZENIE. (Der klimakterische Symptomenkomplexe, seine Pathogenese und Therapie). — E. W. W i n t e r. — Szwajcarja. — (Schweizer Medizinische Wochenschrift № 2, 1935 r.).

Autor zestawia na wstępie swej pracy objawy klimakteryczne, oceniane jako fizjologiczne. Dalej omawia najczęściej spotykane objawy klimakteryczne, należące do objawów chorobowych, które dzieli na dwie grupy: objawy ze strony narządu rodnego (genitalne) oraz objawy natury ogólnej (pozagenitalne). Do pierwszej grupy zalicza ewentualne krwawienia, zmiany w samej pochwie oraz w narządach sąsiednich, do drugiej zaś — nadmierne odkładanie tłuszczu, rhinopharyngitis sicca, pseudoastmę, skłonność do spazmów z następową atonją w przewodzie pokarmowym, uderzanie krwi do głowy, hypertonję itp. Po tych uwagach wstępnych omawia autor szczegółowo zmiany w centralnym układzie nerwowym oraz w gruczołach wewnętrznego wydzielania. Wygaśnięcie funkcji jajników pociąga za sobą wzmożoną czynność przedniego płata przysadki, przyczem udział bierze jakiś ośrodek hipotetyczny, do którego dążą wszystkie tory wegetatywne. Zaburzenia bywają u różnych kobiet bardzo odmienne.

Leczenie będzie zależało od tego, czy przeważają objawy genitalne, czy też objawy układu wegetatywnego, przyczem ważną jest rzeczą umiejętność zachowania się danej kobiety w czasie, poprzedzającym okres przekwitania. Leczyć należy jedynie w razie znaczniejszego zaburzenia samopoczucia ogólnego. Zaburzenia lżejsze ustępują zasadniczo po zastosowaniu już zwykłych zabiegów natury higjeniczno-dietetycznej. Wskazana jest dieta bezmięsna, która przez

zmiany w gospodarce kwaso-zasadowej ustroju doprowadza do przestrojenia układu wegetatywnego. Dalej wchodziłyby w rachubę ruch i ostrożne zabiegi wodolecznicze; z medykamentów zalecane są preparaty bromowe oraz papaweryna. Dopiero w wypadkach, gdy wspomniane zabiegi nie doprowadzają do celu, atakujemy same jajniki, podając chorej naturalnie tylko przez pewien czas — organopreparaty. Autor zwraca jeszcze uwagę na konieczność przeprowadzenia przy zaburzeniach klimakterycznych psychoanalizy.

L. Bambauer.

LECZENIA OKRESÓW PRZEDSTARCZYCH. (Das Präsenium und seine therapeutische Beeinflussung). — Weiss. — Niemcy. — (Psych. Neur. Woch. № 212, 1935 r.).

Autor stwierdza na podstawie własnego doświadczenia, że przy odpowiedniem leczeniu duża część psychoz czy dolegliwości przedstarczych nie trafia zupełnie do zakładów. Uważa za wskazane podawanie wszystkim chorym organopreparatów (głównie wyciągi mózgowe) oraz wyciągów z gruczołów dokrewnych. Wykazuje, że niektóre organopreparaty (odpowiednikiem polskim ich jest Myostriatol, ref.) wpływają dodatnio nietylko na regulację ciśnienia, ale także na ogólną sprawność psychiczną. Znamiennem jest, że jod w podanem przez autora leczeniu odgrywa rolę zaledwie podrzędną.

jd.

EROTYZM STARCZY U KOBIET. (L'erotisme sénile chez la femme). — E. Gelme. — Francja. — (L'Encéphale № 10, 1935 r.).

Zagadnienie erotyzmu starczego z szerszego punktu widzenia zasługuje na uwagę nietylko lekarza, ale także i każdego biologa — zarówno ze względu na zagadnienie wpływu soków wydzielniczych, jak i pobudliwość popędową.

Łączenie praw anatomofizjologicznych albo wpływów farmakologicznych z fenomenologją psychiczną wymaga jednakże wielkiej oględności, ponieważ zbudzenie się chuci u starszych kobiet przekonywuje nas, że znajomość hormonów jajnikowych nie jest jeszcze dostateczna.

Po długiem wzdraganiu się, szły pacjentki po poradę do lekarza. Przed otoczeniem swem z tem się nie zdradzały. Podniecenie płciowe, zrazu zwalczane z powodzeniem, stało się nieznośnem — prawdziwem opętaniem.

Leczenie racjonalne, jedynie rokujące powodzenie, polega na psychoterapji. Choćby wszelki wstyd u chorych tych już zanikł, można jeszcze odwołać się do wzbudzenia w nich uczuć z innego zakresu, dających się wyzyskać w odpowiedni sposób. Wszystko tylko zależy od sprawności lekarza, od jego medykopsychologicznego artyzmu.

Nie należy jednakże nigdy ulec przedwczesnemu optymizmowi, — istnieje bowiem niestety cykliczność w zaostrzaniu się i w zanikaniu erotyzmu starczego.

K. Wize.

STAROŚĆ A WEWNĘTRZNE WYDZIELANIE. (Alter und innere Sekretion). — D. Kotsovsky. — Rumunja. — (Scritti biol. № 9, 1934 r.).

Podczas gdy liczni autorzy uważają za przyczynę starzenia się organizmu ludzkiego zmiany degeneracyjne w gruczołach dokrewnych, tarczycy, a przedewszystkiem w gruczołach płciowych, Kotsovsky twierdzi, że najpierw starzeje się ośrodkowy układ nerwowy, w następstwie tego kierowane przez układ nerwowy gruczoły dokrewne, a wkońcu dopiero cały organizm.

L. Bambauer.

ETJOLOGJA I PATOGENEZA PSYCHOZ STARCZYCH. (Sulle condizioni etiologiche e patogenetiche delle follie senili). — F. Colapietra. — Włochy. — (Ann. Osp. Psichiatr. № 28, 1934 r.).

Wykluczając zwykły uwiąd starczy, obserwował autor 100 przypadków psychoz starczych i doszedł do wniosku, że powstawanie psychozy starczej jest ściśle związane z warunkami patogenicznemi, jak np. przebyte urazy czaszki, dziwne charaktery, somatyczne cechy degeneracyjne, apopleksje, cierpienia serca, alkoholizm i inne, które częściowo mogą być odziedziczone i z biegiem czasu się stopniowo rozwijają.

L. Bambauer.

INNE SCHORZENIA ORGANICZNE.

ZASADY ANALIZY PSYCHJATRYCZNEJ ZABURZEŃ OGNISKOWYCH — G. Bychowski. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Wzajemne przenikanie patologji mózgowej i psychopatologji zastępuje obecnie ich dotychczasową rozbieżność, a nawet przeciwieństwo. Współpraca tych dyscyplin naukowych pozwala na nowe podejście do podstawowych zagadnień lokalizacji zjawisk psychicznych. Konieczne jest tutaj przestrzeganie kryterjów metodologicznych i teoryj poznawczych.

Należy krytycznie podejść do samego problemu lokalizacyjnego, uwzględniając organizm psychofizyczny jako całość, i mieć na uwadze punkt widzenia chronologiczny. Między innemi należy pamiętać o przekroju podłużnym, stosowanym dotychczas tylko w klinice psychjatrycznej. Punkt widzenia regresji w czasie i rozpadu funkcji umożliwia powiązanie zmian organicznych z psychicznemi. Koniecznem jest dalej wytworzenie sobie pewnych pojęć o dynamice cerebralnej oraz o podstawowych funkcjach mózgowych. Praca nad energetyką kory mózgowej zbiega się z wynikami badań psychologicznych. Psychologja postaci prowadzi do koncepcji pól energetycznych w mózgowiu.

Z koncepcji tej wynika określenie takich funkcyj mózgowych, jak tworzenie tła i postaci, izolacja i przeciwstawienie. Ten punkt widzenia umożliwia jednolite ujęcie całego szeregu zjawisk patologicznych. Przykłady — z zakresu odtwarzania prostych figur, agnozji optycznej, legastenji. Zagadnienie zmysłu geometrycznego daje się rozszerzać na figury i konstrukcje myślowe. Obok zaburzeń rozczłonkowania w przestrzeni występują zaburzenia rozczłonkowania w czasie. Legato i staccato jako podstawowe mechanizmy cerebralne. Przekonywujemy się o znaczeniu myślenia całościowego. Zaburzenia izolacji okazują się niemniej ważne od zaburzeń syntezy.

Jako zasadnicze funkcje mózgowe poznajemy dalej przełączenie funkcji symbolicznej i kategorjalnej. Obu ostatnim odpowiadają określone aparaty mózgowe. Związane ze sferą konkretną zjawiskiem pojedyńczem — najchętniej egocentrycznem — przyczyniają się do wypaczenia figury mózgowej, co prowadzić może do zaburzeń myślowych o typie zbliżonym do manjakalnego. Podstawowe pojęcie o strukturze sfery emocjonalnej i charakteru. Widzimy tutaj zbieżność koncepcyj — psychoanalitycznej i fizjologicznej teorji uczuć. Podstawowe zagadnienie diagnostyczno-lokalizacyjne będzie dotyczyło rozróżniania zmian

podkorowych i korowych. Dalej — przy budowaniu jakichkolwiek wniosków lokalizacyjnych w tej dziedzinie, należy pamiętać o zasadzie podwójnej genezy oraz o możliwości włączenia sprawy organicznej w psychiczną historję życiową osobnika. Uwzględnienie wielorakiej reprezentacji mózgowej charakteru i temperamentu pozwala na właściwe zrozumienie epizodów psychopatycznych, rzekomo endogenetycznych, których nie możemy już dzisiaj traktować li tylko jako wyzwolenie psychozy wewnątrzpochodnej. Okazuje się, iż nawet obrazy histeryczne mogą występować w przebiegu i jako rezultat spraw czysto organicznych.

Zagadnienia snu i świadomości doznały obecnie gruntownej rewizji, o czem musimy pamiętać przy danych rozważaniach kliniczno-lokalizacyjnych. Wielkie znacznenie ma tutaj uwzględnienie przekroju podłużnego.

Szczególnie ważne i interesujące okazują się możliwości lokalizacyjne w związku ze świadomością choroby i poczuciem poszczególnych defektów somatycznych. Patologja t. zw. schematu ciała wykazuje, między innemi, zjawiska o typie depersonalizacji, które — jak się okazuje — mogą być i natury organicznej.

Postępy w nauce o reprezentacji mózgowej czasu pozwolą obok postępów w psychopatologji czasu na nowe ujęcie tych tak ważnych funkcyi. Rozróżniamy funkcję chronologiczną i chronognostyczną.

Ogólne znaczenie zaburzeń pamięci nie pozwala wbrew pewnym usiłowaniom na jej lokalizację. Występowanie tych zaburzeń zależy obok czynników dynamicznych, być może, od ogólnej sumy zajętej tkanki mózgowej i od jej stosunku ilościowego do całości. Autoreferat.

PRZYPADKI OMAMÓW W PRZEBIEGU PARKINSONIZMU. — Jan Szczeniowski. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Opis 4 przypadków parkinsonizmu pośpiączkowego, typowych pod wzgl. obrazu somatycznego, charakteryzujących się zaś wybitną odpornością w przebiegu zaburzeń psychicznych. W pierwszym i drugim przypadkach występują napadowo omamy wyłącznie słuchowe, towarzyszy im podniecenie i uczucie lęku. W drugim przypadku nadto występuje niekiedy w czasie napadu zamroczenie świadomości. W przypadku trzecim wśród objawów podniecenia ruchowego występują napadowo omamy wyłącznie wzrokowe, obok tego przymusowy krzyk; ciekawe jest tło kolorowe omamów.

We wszystkich trzech przypadkach w okresie napadowym nasilają się objawy pozapiramidowe.

W przypadku 4 po kilka dni trwającym stanie, podobnym do majaczeniowego, rozwinął się dłuższy zespół urojeniowy. Urojenia wykazują cechy, zbliżające je do występujących w schizofrenji. Ustosunkowanie się chorych do omamów w okresach pozanapadowych — krytyczne, co jest typowe dla stanów pośpiączkowych. Napady psychotyczne stoją w ścisłym związku z okresowem nasilaniem się objawów pozapiramidowych, któremu współtowarzyszy pojawienie się w drodze złożonych mechanizmów (odpowiednia konstelacja psychiczna). W przypadkach opisanych nie udało się stwierdzić obarczenia dziedzicznego. Autoreferat.

KORELACJA ANATOMICZNO-KLINICZNA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W PEWNYCH CIERPIENIACH ORGANICZNYCH MÓZGU. — J. Handelsman i Z. Messing. (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Autorzy przedstawiają w krótkości wyniki badań anatomicznych 19 przypadków stwardnienia rozsianego z zaburzeniami psychicznemi, 2 przypadków niedokrewności złośliwej z zaburzeniami psychicznemi, 1 przypadek zatrucia tlenkiem węgla, 1 — wągrzycy mózgu, 4 przypadki zaburzeń psychicznych ostrych o niejasnem rozpoznaniu klinicznem z przewagą zespołu majaczeniowego, demonstrują kilkadziesiąt mikrofotografij i na zasadzie niektórych podobieństw obrazów histo-patologicznych stwierdzają, że badania ich pozwalają jedynie na wykazanie, iż w pewnych przypadkach przy różnych cierpieniach organicznych mózgu, jak również w cierpieniach bez wyraźnych zmian mózgowych, o ile występują zaburzenia psychiczne, zależne prawdopodobnie od czynnika toksycznego, wkraczającego do organizmu — obserwuje się ostre zaburzenia psychiczne. Przypuszczać należy, że dla tych zaburzeń psychicznych, które zjawiają się np. w stwardnieniu rozsianem, wągrzycy mózgu, zatruciu CO a także w wielu przypadkach nowotworów mózgowych itd. — z jednej strony, a w przypadkach bez większych zmian organicznych mózgu, np. w niedokrewności złośliwej — z drugiej strony (niezależnie od ogniskowych lub uciskowych zmian, ujawniających się także i w objawach otępiennych), zaburzeń psychicznych, których charakter kliniczny został pokrótce opisany, korelacja anatomiczna istnieje (przeważnie w istocie białej mózgu) w postaci naczyniowo-glejowego odczynu, który nazywają encefalozą. Nie zmiany anatomiczne, zależne od tych czynników toksycznych, są przyczyną zaburzeń psychicznych — autorzy przypuszczają, że konstytucje osobnicze i przyczyny psychogenne odgrywają również wielką rolę przy występowaniu tych zaburzeń.

Autoreferat.

ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZEBIEGU GUZÓW MÓZGOWIA. — Władysław Sterling. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Z rozważań swoich wyłącza autor terminalne zaburzenia świadomości, jako właściwe wszystkim guzom mózgu, oraz wszelkie odmiany afazji w najszerszem znaczeniu, jako zjawiska par excellance ogniskowe, rezerwując w tej dziedzinie indygenat zaburzeń psychicznych wyłącznie dla rozmaitych postaci agnozji. W przeciwieństwie do dawnego podziału na czynne zaburzenia psychiczne oraz na porażenia psychiczne (Schüster) odróżnia autor obok elementarnych, najbardziej częstych zmian psychiki zaburzenia złożone specjalnie, zbliżające się do tego lub owego obrazu jakiejś określonej postaci psychotycznej, oraz pewien typ zaburzeń reaktywnych, które zjawiają się w następstwie gwałtownych paroksyzmów i obostrzeń bólów głowy i które mają charakter przemijający. Spostrzegał również autor zaburzenia, które możnaby nazwać rzekomo ogniskowemi (np. zaburzenia pisma bez charakteru agrafji lub zaburzenia pamięci utworów muzycznych bez charakteru amuzji).

Co się tyczy wpływu lokalizacji guza na powstawanie zaburzeń psychicznych, to materjał autora nie upoważnia go do zaryzykowania twierdzenia, jakoby specjalnym postaciom zaburzeń psychicznych odpowiadały lo-

kalizacje guzów w określonych obszarach mózgowych. Inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli chodzi o korelacje lokalizacyjne niektórych zaburzeń psychicznych prostych. Niewątpliwie duża doniosłość topiczna przypada na halucynacje wzrokowe w guzach okolicy ciemieniowo-potylicznej, dalej — na halucynacje węchowe w guzach szlaku i opuszki węchowej oraz anozognozji w guzach wzgórka wzrokowego i okolicy ciemieniowej. Naogół wszakże wartość lokalizacyjna spostrzeganych w guzach mózgu zaburzeń psychicznych jest nikła. Wynika to zresztą z badań czysto patologicznych, wskazujących, że zmianom chorobowym ulega tu tkanka mózgowa nietylko w bezpośredniem otoczeniu, lecz również i na znacznej odległości od guza.

Owe rozlane zmiany histopatologiczne nie są bynajmniej swoiste dla guzów mózgu, ale przypominają zmiany w procesach starczych i przedstarczych, których objawy psychiczne nie przypominają zaburzeń psychicznych w przebiegu guzów mózgu. Nie udaje się również przy badaniu ognisk nowotworowych uwzględnić zmian w poszczególnych elementach cytoarchitektonicznych, przy guzach bowiem zniszczeniu ulegają wszystkie bez wyjątku warstwy. To też daleko większe znaczenie, aniżeli lokalnemu zniszczeniu tkanki przez guz, przypisuje autor owym rozlanym zmianom mózgowia, które powstają drogą wtórną. Owe zmiany mogą być pochodzenia bądź mechanicznego, jak zastój limfy i płynu mózgowo-rdzeniowego w następstwie wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, bądź natury zapalno-oponowej, czy fizykalnej w znaczeniu obrzmienia mózgu Reichardta, bądź wreszcie natury chemicznej — w następstwie toksycznego działania guza. Od głębokości tych zaburzeń, od ich lokalizacji wtórnej, a przedewszystkiem od odziedziczonej ogólnej lub parcjalnej konstytucji mózgu zależeć będzie, czy zaburzenia te powodować będą bardziej proste, czy też bardziej złożone zespoły zaburzeń psychicznych. Autoreferat.

O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH W PRZEBIEGU NOWOTWORÓW MÓZGU I ICH WARTOŚCI DLA LOKALIZACJI W MÓZGU. — J. Rothfeld. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Na podstawie 198 przypadków nowotworów mózgu, w tem 55 z zaburzeniami psychicznemi, dochodzi autor do wniosku, że w patogenezie zaburzeń psychicznych wysuwają się na plan pierwszy następujące czynniki toksyczne: 1) toksyny nowotworowe wywołujące zapalenie tkanki mózgowej i obrzęk kollateralny, 2) produkty rozpadu zniszczonej przez obrzęk tkanki, które, dostając się do obiegu limfy i płynu mózgowo-rdzeniowego, działają ze swej strony toksycznie na mózg, 3) rozpad tkanki nowotworowej, o ile guz styka się z systemem komorowym, powodujący zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym i wywierający również toksyczne działanie na tkankę mózgową. Zmiany psychiczne są zatem wynikiem ogólnych czynników, ujawniających swe działanie niezależnie od lokalizacji guza, z czego znowu wynika, że ze zmian psychicznych w przebiegu nowotworów mózgowych nie możemy wysnuwać wniosków lokalizacyjnych.

Przeciw wartości lokalizacyjnej zaburzeń psychicznych w guzach mózgu świadczy również fakt, że analogiczne zespoły psychiczne stwierdza się przy różnem umiejscowieniu nowotworu i fakt, że przy tem samem umiejscowieniu raz mogą wystąpić zaburzenia psychiczne, innym znów razem nie. Do tego samego wniosku prowadzą nas badania nad sposobem rozrastania się nowotworów

mózgowych, które w przedniej jamie czaszkowej, gdzie zaburzenia psychiczne są najczęstsze, wyjątkowo tylko ograniczają się do płatów czołowych, a zwykle zajmują równocześnie także spoidło wielkie.

Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów mózgu należy uważać za objaw ogólny, a nie za miejscowy. Autoreferat.

GUZY MÓZGU A ZABURZENIA PSYCHICZNE — NA PODSTAWIE MATERJAŁU SZPITALA W CHOROSZCZY. — W. Bernasiewicz i A. Rolecki. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Referenci na podstawie 13 przypadków ze Szpitala w Choroszczy próbowali ustalić w związku z lokalizacją, wielkością i utkaniem histologicznem zależność zmian psychicznych od guzów mózgu guza i przyszli do wniosku, że na zaburzenie psychiczne nie wpływa ani wielkość guza, ani jego charakter, lecz natomiast pewną rolę odgrywa jego umiejscowienie i przedewszystkiem — czas trwania choroby. Jakiejś określonej psychozy, zależnej od guza mózgu, referenci nie zaobserwowali. W 45% wymienionych przypadków w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzili dodatni odczyn Wa. A tereferat.

GUZ MÓZGU I PARALIŻ POSTĘPUJĄCY. (Gehirntumor bei progressiver Paralyse). — Liebers. — Niemcy. — (Psych. Neur. Woch. № 253, 1935 r.).

Po zwróceniu uwagi na piśmiennictwo, dotyczące mylnych rozpoznań przy spostrzeganiu jednej z obu w tytule wspomnianych jednostek, autor przechodzi do dokładniejszego omówienia obrazu klinicznego, w którym obok porażenia postępującego istnieje także guz mózgu.

Przypadek własny.

U chorego w wieku średnim rozwinął się typowy zespół kliniczny p. p., potwierdzony także badaniami serologicznemi. W czasie dalszej obserwacji obraz kliniczny zaznaczył się przewagą objawów miejscowych, co ostatecznie skłoniło autora do przyjęcia rozpoznania lissauerowskiej postaci porażenia postępującego. Sekcja wykazała obok p. p. guz okolicy ciemieniowej, dookoła którego proces paralityczny był szczególnie zaostrzony. W epikryzie autor ostrzega przed rozpoznawaniem tej postaci porażenia bez uprzedniego wykluczenia współistnienia guza.

Jd.

PŁYN MÓZGOWO-RDZENIOWY PRZY PRZEBYTYCH SCHORZENIACH POURAZOWYCH OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO. — W. K. Chorschko i E. B. Markownikow. — Z. S. S. R. — (Soviet. Klin. № 20, 1934 r.).

Autorzy badali 16 przypadków przebytych schorzeń pourazowych ośrodkowego układu nerwowego (6 po urazach mózgu, 10 po urazach rdzenia), przyczem czas pomiędzy urazem a badaniem wynosił od 1 miesiąca do 19 lat. Znaleźli w płynie mózgowo-rdzeniowym wzrost białka (0,3—0,75%), dodatni odczyn Nonne-Apelt i Pandy (od + do ++++), pleocytozę oraz dodatni odczyn koloidalny Langego, przypisując specjalne znaczenie temu ostatniemu. Wykres nosił charakter typowy dla kiły, a nieraz nawet — dla porażenia postępującego. (Krzywa porażenia może wystąpić zarówno w przypadkach

świeżych, jak i starych). Przy umiejscowieniu urazu w rdzeniu odczyn Langego częściej wypadał dodatnio. Z tego wniosek, że przy ujemnym odczynie Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym nie należy myśleć tylko o kile, lecz trzeba się również liczyć z możliwością przebytego urazu. Dodatni odczyn Langego może mieć ważne znaczenie przy różnicowaniu pomiędzy nerwicą pourazową a następstwami organicznego schorzenia pourazowego.

L. Bambauer.

ZAPALENIA PAJĘCZYNÓWKI RDZENIA IMITUJĄCE STWARDNIENIE BOCZNE Z ZANIKIEM MIĘŚNI. (Aracnoidite spinale simulante la sclerosi amiotrofica). — S. Di Frisco. — Włochy. — (Il Cervello № 3, 1935 r.).

Autor referuje przypadek kliniczny, imitujący zespół objawów, towarzyszących stwardnieniu bocznemu z zanikiem mięśni. Dopiero badanie roentgenologiczne rdzenia przy użyciu lipjodolu wyświetliło sprawę jako przewlekły proces zapalny pajęczynówki rdzenia. Czy proces ten jest pierwotny, czy wtórny — niełatwo rozstrzygnąć. Autor zaleca wczesne badanie radjologiczne, celem uniknięcia pomyłek.

G. Szwarcenberg.

PSYCHOZY AFEKTYWNE POPRZEDZAJĄCE NAGM. ZAPAL. MÓZGU I ZESPÓŁ PARKINSONOWSKI. (Le psycosi affettive prodromiche dell' encefalite epidemica e delle sindromi parkinsoniane). — T. Senise. — Włochy. — (Il Cervello № 1, 1935 r.).

Na podstawie 3 przypadków własnych, dotyczących psychoz afektywnych (1 psych. manj.-depres. i 2 melanch.), stara się autor wykazać związek zaobserwowanych w tych psychozach objawów z obserwowanemi w nagm. zapal. mózgu i w zespole Parkinsona. Autor sądzi, że mechanizm patogenetyczny stanów chorobowych psychozy manj.-depr. może polegać na mniejszej żywotności zarazka nagm. zapal. mózgu — tak, iż skutkiem podrażnienia wzgl. porażenia nim pewnych grup neuronów występują zrazu tylko różne objawy psychoz afektywnych, a dopiero po pewnym czasie zjawiają się właściwe objawy kliniczne encephal. epid., a więc podniesienie temperatury itp. Autor szuka analogji w intoksykacji alkoholowej (pobudzenie ośrodków podkorowych, osłabienie ośrodków wyższych i towarzyszące temu stany euforji, osłabienie krytycyzmu, potem porażenia ośrodków niższych i stąd wreszcie zahamowanie psychiczne). Pozostaje niewyjaśnionem, w jaki sposób zarazek enceph. ep., przebywając przez tak długi czas w organiźmie, jest do tego stopnia mało aktywny, że nie daje odrazu objawów klinicznych enceph. epid. w psychozie manjakalno-depresyjnej.

G. Szwarcenberg.

PRZYPADEK GRUZŁA JĄDRA SOCZEWKOWATEGO LEWEGO BEZ OBJAWÓW Z CIAŁA PRĄŻKOWANEGO. (Su d'un caso di tubercoloma del nucleo lenticolare di sinistra senza sintomi striati). — R. Rordorf. — Włochy. — (Il Cervello № 3, 1934 r.).

Autor podaje opis przypadku gruzła (tubercoloma) jądra soczewkowatego lewego u osobnika, zmarłego rzekomo (według obrazu klinicznego) na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. — A. — na podstawie jedynie objawów klinicznych — wykazuje trudność rozpoznania przyżyciowego guzów jądra soczewkowatego. Zależy to nietylko od różnorodności obrazu klinicznego, jaki nieraz widzimy

przy tych guzach, oraz od braku charakterystycznych objawów ogniskowych, lecz również od braku objawów wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego w tych przypadkach, w których objawy ogniskowe skierowaćby mogły naszą uwagę na schorzenie zwojów podstawy mózgu.

G. Szwarcenberg.

Z ZABURZEŃ WEGETATYWNYCH W PARKINSONIŹMIE POŚPIĄCZKOWYM. — St. Leśniowski. — (Medycyna № 13, 1934 r.).

Autor obserwował przypadki nadmiernego i niesymetrycznego pocenia u chorych na parkinsonizm pośpiączkowy. Wykonał kilka prób dwojakiego rodzaju: raz podał 0,5 aspiryny + herbatę + świetlanki, drugi raz — pilokarpinę. Zasadnicza różnica pomiędzy działaniem jednych a drugiej polega na tem, że herbata, aspiryna i świetlanka działają ośrodkowo, a pilokarpina — obwodowo. Wyniki tych prób co do umiejscowienia były stale jednakowe i dawały nadpotliwość zawsze po stronie ciała, wykazującej znaczniejsze natężenie zespołu amyostatycznego.

Po dokonaniu przeglądu aktualnej literatury na ten temat i omówieniu istniejących poglądów przychodzi autor do wniosku, że:

1) zaburzenia pośpiączkowe pocenia stanowią integralną część zespołu parkinsonowskiego,

2) proces encefalityczny niszczy raczej włókna hamujące, łączące ośrodki potne, niż ośrodki same.

Zygmunt Zieliński.

CIEPŁA I GORĄCA KĄPIEL W LECZENIU STANÓW POŚPIĄCZKOWYCH. — A. Krakowski. — (Warszawskie Czasopismo Lekarskie № 39, 1935 r.).

Leczenie pośpiączkowych zespołów chorobowych środkami z grupy atropinowej nie daje dostatecznego efektu leczniczego, — chorzy często są oporni na to leczenie, więc występują powikłania i poprawa jest nieznaczna. Z tych to przyczyn autor zastosował u tego rodzaju chorych pełne kąpiele — w wannach — bez wszelkich domieszek — o temp. 36-42° C. Już po 10 min. takiej kąpieli stwierdził mniejsze nasilenie drżenia, napięcia mięśniowego i osłabienie odruchów. W czasie kąpieli chorzy muszą zachować absolutny spokój, a po kąpieli kilkugodzinny bezwzględny wypoczynek. Kąpiele należy stosować naogół co drugi wzgl. trzeci dzień, w ogólnej liczbie 10 — 15 zabiegów. W ten sposób stosowane wodolecznictwo u 21 chorych dało w 60% przypadków znaczną poprawę. Autor zauważył, że wodolecznictwo nietylko wpłynęło korzystnie na objawy drżenia i napięcia mięśniowego, lecz również zadziałało hamująco na uporczywy ślinotok, przywróciło mięśniom twarzy żywszą grę mimiczną i zniosło przymusowe i dokuczliwe napady wejrzeniowe. Leczenie to nie ma wpływów ubocznych, nie daje powikłań, jest dostępne, tanie, a przedewszystkiem możliwe do przeprowadzenia w mieszkaniu chorego.

E. T.

ZAPALENIE PNIA MÓZGOWEGO W NASTĘPSTWIE ZACHORZENIA RZEŻĄCZKOWEGO. (Encéphalite du tronc cérébral au cours d'une affection gonoccocique). — O. Sittig i V. Haskovec. — Francja. — (L'Encéphale № 2, 1936 r.).

Dwudziestopięcioletni młodzieniec, zachorowawszy na wiewiórowe zapalenie oczu zapadł po 19-tu dniach na chorobę układu nerwowego. Objawy

nerwowe polegały na całkowitem prawie porażeniu mięśni ocznych zewnętrznych, przy zachowaniu odruchów źrenic na światło. Głos nosowy i znieruchomienie miękkiego podniebienia, ataksja kończyn, zniesienie wszystkich odruchów ścięgnistych. Autorzy podkreślają, że powierzchniowa wrażliwość sensoryczna jak i głębinowa były pod każdym względem zachowane; że siła mięśni prążkowanych pozostała niezmieniona, chory nie wykazywał żadnych zaburzeń psychicznych, żadnych nieregularności snu; że chorobie nie towarzyszyło żadne podwyższenie temperatury, ani żadne objawy cięższego niedomagania.

Obraz kliniczny u chorego odpowiadał stanom po niektórych chorobach zakaźnych, jak błonicy, grypie, durze, czerwonce, ospie, pneumonji.

Autorzy są skłonni mniemać, że zakażenie umieściło się w jądrach dla mięśni ocznych i w odnogach móżdżku.

K. Wize.

PSYCHOZY INTOKSYKACYJNE I INFEKCYJNE.

ISTOTA DELIRJUM I STANÓW POKREWNYCH. REAKCJE DYSERGASTYCZNE. (Nature of delirium and allied states. The dysergastic reaction). — H. G. Wolff, D. Curran. — Stany Zjed. A. P. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

Reakcją dysergastyczną nazywają autorzy symptomatyczny zespół amentywny w sensie Bonhoeffera. Dokładna jego analiza i warunki występowania oraz badanie psychopataologiczne chorych z tym zespołem doprowadzają do wyników, jakie uzyskała już dawniej szkoła niemiecka, zupełnie pominięta w analizie bibljograficznej.

jd.

STUDJA DOŚWIADCZALNE NAD ALKOHOLIZMEM. (I. Zawartość alkoholu w krwi i płynie mózg.-rdzen. po doustnem podaniu alkoholu w alkoholiżmie przewlekłym i w psychozach). (Experimental studies in alcoholism. I. The alcohol content of the blood and cerebrospinal fluid following oral administration in chronic alcoholism and the psychoses). — P. Flemig i E. Stotz. — Stany Zjed. A. P. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

8 schizofreników, 8 z delirjum tremens, 9 z omamicą alkoholową, 9 z kiłą mózgu, 2 arterjosklerotyków, 1 z depresją i 15 zdrowych otrzymywało 0,6 alcohol. abs. na kg. ciała. Nazajutrz naczczo punkcja żylna i dolędźwiowa. Alkohol badano metodą Folina. Wyniki: alkohol we krwi po 40 minutach, narasta by potem opadać, po 80—100 minutach zrównać się i zejść do poziomu alkoholu w płynie mózg.-rdz.; u alkoholików poziom alkoholu we krwi narasta szybciej, niż u reszty badanych; w płynie niema różnicy pod względem szybkości narastania poziomu alkoholu pomiędzy alkoholikami a innymi chorymi. Krzywe narastania poziomu są znamienne dla alkoholików.

jd.

PRZYPADEK PSYCHOZY KORSAKOWA U DZIECKA. — A. Gareiso, J. E. Viviani i A. Cerdeiro. — Brazylja. — (Rev. Méd. Lat. Amer. № 20, 1935 r.).

U 7-letniego chłopca stwierdzono objawy, charakterystyczne dla zapalenia wielonerwowego, któremu towarzyszyły zmiany charakteru, zaburzenia

snu, groźne w swej treści halucynacje wzrokowe oraz zaburzenia pamięci.

Z tego powodu wymieniona w nagłówku diagnoza miała swe uzasadnienie.

Z anamnezy wynikało, że chłopiec od szeregu miesięcy wypijał codziennie 1 butelkę piwa oraz kilka kieliszków likieru.

Wyzdrowienie nastąpiło naskutek odpowiedniego leczenia.

K. F.

O WPŁYWIE FOLIKULINY NA GRUCZOŁY WKREWNE W ŚWIETLE DOŚWIADCZEŃ. — Br. Kostkiewicz. — (Polska Gazeta Lekarska № 16, 1935 r.).

Doświadczenia ze stosowaniem preparatów folikuliny dokonano na 14 królikach.

Na podstawie histopatologicznego obrazu, otrzymanego po dłuższem podawaniu odnośnych preparatów, przychodzi autor do następujących wniosków:

1) Ostra lub przewlekła folikulinizacja królic normalnych staje się źródłem zmian w trzech podanych przez nas gruczołach wkrewnych, związanych z życiem płciowem zwierzęcia.

Zmiany, występujące w tarczycy, charakteryzują się rozwojem zwyrodnienia koloidowego jako następstwa „zaporowego" działania folikuliny, w stosunku do produktów wydzielniczych pęcherzyków gruczołowych;

w jajnikach występuje pomnożenie i przyspieszone dojrzewanie pęcherzyków Graafa;

następstwem działania folikuliny w przysadce mózgowej jest niecharakterystyczna i nieduża eozynofilja z umiejscowieniem centralnem.

2) Zmiany pofolikulinowe w tarczycy i jajniku okazują dążności do przetrwania.

3) W etjologji wola, zwłaszcza koloidowego, u człowieka należy się liczyć z tłem folikulinowem.

4) Stosowanie lecznicze folikuliny w niektórych przypadkach niepłodności lub zaburzeń miesiączkowych znajduje doświadczalne uzasadnienie.

5) Przewlekła folikulinizacja wymaga pewnych ostrożności, szczególnie zaś zwrócenia uwagi na zachowanie się tarczycy.

6) Leczenie folikuliną stanów nadtarczyczności jest celowo uzasadnione.

O. B.

O ZJAWISKACH PATOLOGICZNYCH W ZAKRESIE NERWU TWARZOWEGO U ALKOHOLIKÓW. (Über pathologische Phänomene im Facialisgebiet bei Alkoholikern). — J. S. Galant. — Niemcy. — (Jb. Psychiatr. № 52, 1935 r.).

Nerw twarzowy posiada widoczną wrażliwość wybiorczą na alkohol.

Autor przedstawia kilka objawów patologicznych z zakresu nastawienia nerwu twarzowego u alkoholików. Opisuje odruch policzkowo-wargowy i policzkowo-nosowo-wargowy. Pierwszy polega na tem, że przy opukiwaniu policzka zjawia się odruchowe drganie warg, najczęściej tylko samej wargi górnej. Odruch ten spotyka się głównie u alkoholików w stanie zatrucia. Odruch policzkowo-nosowo-wargowy jest rzadszy — polega on na równoczesnem drganiu wargi górnej i skrzydła nosowego.

Często spotyka się w stanie zatrucia odruch ryjkowy, czyli wywijanie się naprzód warg przy uderzaniu w wargę górną. Występowanie tego odruchu jest zjawiskiem regresywnem w przypadku psychopatji, a stanowi odruch, powstały naskutek rozpadu przy organicznych schorzeniach mózgu. I przeciwnie, odruch ryjkowy może nie powstawać nawet przy ciężkiem zatruciu alkoholem, z czego należy wnioskować, że pojawienie się tego rekflesu uwarunkowane jest pewną konstytucjonalną małowartościowością.

Dość często spotyka się u alkoholików objaw Chvostka. Spostrzega się również odruch jarzmowy.

Następnie autor opisuje pewien „tic" językowo-wargowy, podobny do odruchu plucia osesków, kiedy nie potrafją jeszcze łykać śliny.

Odruch plucia początkowo jest odruchem wrodzonym. U osesków starszych ze wzmożonym ślinotokiem odruch plucia może stać się trwałym. W takim przypadku refleks ten przedstawia zjawisko niewinne, którego nie należy jednakże pojmować jako przywary dziecka.

Wreszcie dla przykładu wymienia autor alkoholika, u którego występowała swoista hyperkineza języka i warg typu odruchu plucia. Ruchy przypominają zwilżanie warg przy mówieniu. Wspomniany odruch występował u tego pacjenta jedynie w stanach ciężkiego zatrucia alkoholem. Jedna z sióstr chorego cierpi na „tic" od dzieciństwa. Chodzi zatem o wrodzoną, rodzinną małowartościowość systemu nerwowego.

K. F.

MOCZÓWKA PROSTA W NASTĘPSTWIE OPRÓŻNIENIA TORBIELI WŚRÓDSIODEŁKOWEJ DROGĄ TRANSNASOSFENOIDALNĄ. (Diabete insipido succesivo a sonotamento di una cisti intrasellare per via transnasosfenoidale). — G. B. Belloni i F. Mazzini. — Włochy. — (Il Cervello № 1, 1935 r.).

U kobiety 38-letniej, u której wystąpiły silne bóle głowy, znaczne zaburzenia wzrokowe i zmiany w bilansie przemiany wodnej, stwierdzono radjologicznie guz przysadki mózgowej. Drogą operacyjną przez nasadę nosa i zatokę klinową opróżniono torbiel przysadki (met. Schloffera). Następstwem zabiegu było znaczne zwiększenie ilości moczu na dobę, silne pragnienie, znaczny spadek chlorków w moczu (do 3,70 g. w 4 dniu po operacji — zamiast normy 6,6—15 g.). Chora nie doznała poprawy po injekcjach pituitryny. Po zastosowaniu roentgenoterapji okolicy przysadki i lejka ilość moczu zmalała, ale tylko przejściowo. Inne objawy kliniczne nie cofnęły się. Pacjentka zmarła wkrótce skutkiem wyczerpania. Moczówka prosta wystąpiła tu po operacji, która nie mogła uszkodzić okolicy hipotalamus, a więc i guza popielatego, którego zachorzenia uchodzą za jedyny czynnik patogenezy moczówki prostej.

G. Szwarcenberg.

LECZENIE BREDZENIA DRŻENNEGO. (Die Behandlung des Delirium tremens). — H. Steck. — Szwajcarja. — (Schweizer Med. Wochenschrift № 1, 1936 r.).

Leczenie delirium tremens dąży w pierwszym rzędzie do uchronienia chorego przed zbytniem wyczerpaniem, a następnie do zapobieżenia powikłaniom. Z podawania narkotyków można prawie, a z alkoholu napewno cał-

kowicie zrezygnować; wystarczy dbać o dostateczne dostarczanie organizmowi wody oraz środków nasercowych. Upust krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego jest tu zupełnie na miejscu. Przy ciężkich przypadkach można, o ile warunki na to pozwalają, stosować leczenie insulinowo-węglowodanowe według Klempe r e r a, zastrzykując choremu kilka razy dziennie 5—10 jednostek insuliny przy równoczesnem podawaniu węglowodanów. Poza tem wchodzą w rachubę injekcje decholiny według de Crinisa, ewentualnie skombinowane z rannem podawaniem soli karlsbadzkiej.

L. Bambauer.

SCHIZOFRENJA.

PRÓBY STOSOWANIA LIZATOTERAPJI W SCHIZOFRENJI. (Opyt primienienija lizatierapii w czastnosti cerebrolizata pri schizofrienii). — W. K. Choroszko. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Newropatologija, Psichiatrija i Psichogigijena № 1, 1935 r.).

W latach 1930—32 wykonywał autor próby leczenia przy pomocy cerebrotoksyny w połączeniu z lipotestikoliną i lipocerebryną (Cont. L'Encéphale № 5, 1934). Cerebrotoksyna to preparat, przygotowany według typu komórkowych toksyn. Otrzymuje się drogą imunizacji konia przy pomocy substancyj mózgowych. Cerebrolizat zkolei jest to poddana rozpadowi w/g metody Tusznowa nerwowa tkanka mózgu, t. j. substancja mózgowa w jej produktach rozłożenia i rozpadu. Cerebrolizat jest bogaty w lipoidy.

Przy parenteralnem podawaniu preparatu spodziewał się autor osiągać leczniczy wpływ drogą wywalczania zmiany w zakresie wymiany materji przez naruszenie wewnątrztkankowej wymiany w chorej substancji mózgowej.

Prócz cerebrolizatów stosowano również lizaty jajników, jąder, gruczołów tarczycowych, nadnercza, kory mózgu, przysadki i wątroby. Przed obraniem tego czy innego kursu terapji w przypadku konkretnym dokonywano „wywiadu" przez poprzednie stosowanie tych czy innych zabiegów hormonalnych.

Dawkowano lizaty w ilościach: 0,5—1—2-3 cm^3, doprowadzając ogólną ich ilość do 3—4—5 cm^3. Zastrzyki codzień lub co drugi dzień. Kurs leczenia 1 — 2 miesięcy. Ogólna ilość osób leczonych z niewątpliwem rozpoznaniem schizofrenji 45.

Próby stosowania lizatów, w szczególności cerebrolizatów, w spokojnym przebiegu schizofrenji wykazują, że w szeregu przypadków udaje się osiągnąć wyraźną poprawę psychicznego stanu.

Czteroletnie doświadczenia autora nad leczeniem przy pomocy cerebrotoksyny i cerebrolizatu pozwoliły mu odnieść wrażenie, że przy leczeniu metodą pierwszą posiadamy duże możliwości wywarcia głębokiego pozytywnego wpływu na przebieg zachorzenia, zarówno w klinicznem, jak i biologicznem znaczeniu.

Dla leczenia schizofrenji należy poszukiwać dróg wśród metod endokrynoterapji o typie lipotestikoliny i testolizata, a również dbać o należyte zaopatrzenie ustroju w lipocerebryny.

O. B.

O LECZENIU SCHIZOFRENJI KRWIĄ ŁOŻYSKOWĄ. (Über die hämoplazentare Therapie der Schizophrenie). — J. S. G a l a n t. — Niemcy. — (Msch. Psychiatr. № 90, 1935 r.).

Autor przeprowadził próby leczenia u 42 chorych mężczyzn, w wieku od 17-tu do 36-ciu lat (27 przypadków świeżych i 15 chronicznych). Według typów schorzenia miał: 26 katatoników, 5 hebefreników, 5 z objawami paranoidalnemi i 6 z objawami hipochondrycznemi.

Wnioski:

1) Leczenie krwią łożyskową jest jednym z najlepszych sposobów aktywnego leczenia schizofrenji. Prowadzi do poprawy ogólnego stanu cielesnego, wpływa uspokajająco na chorych podnieconych i odwrotnie — na chorych w stanie stuporu.

2) Jest sposobem zupełnie bezpiecznym i technicznie łatwym do przeprowadzenia.

3) Efekt leczniczy można podzielić na dwa rodzaje działania: biologiczno-bezpośrednie i psychoterapeutyczno-pośrednie.

4) Wpływa korygująco na urojenia, które zmniejszają się lub zupełnie ustępują.

5) W przewlekłych przypadkach wyniki są równie dobre, jak w świeżych.

6) Tam, gdzie leczenie nie dało wyniku, należy je powtórzyć po kilku miesiącach (6—8—12).

7) Prowadzenie dalszych badań należy sprowadzić do wyświetlenia kwestji, jak działa krew łożyskowa — czy jako hormon, czy też jako obce białko.

B. Warpechowski.

WPŁYW OGNISKOWYCH SPRAW MÓZGOWIA NA PRZEBIEG SCHIZOFRENJI. — J. D r e t l e r. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

W 11 przypadkach schizofrenji, trwającej od szeregu lat, rozwinął się guz mózgu. Poddano analizie wzajemny wpływ obu schorzeń. Wyniki przedstawiają się następująco: ogniskowa sprawa mózgowia wpływa na objawy schizofreniczne w 8 przypadkach. Proces schizofreniczny był w remisji w jednym przypadku; zespoły: hebefrenja (3 przyp.), katatonja (3 przypadki) i zespół paranoidalny (2 przyp.). Trwanie schizofrenji nie ma widocznego wpływu na obraz kliniczny. Szybko przebiegające guzy powodują stany amentywne, podczas gdy wolno rosnące zmieniają ogólną osobowość. Autyzm takich chorych zmniejsza się, stają się oni przystępniejsi, ich kontakt z otoczeniem nawiązuje się coraz lepiej. Chorzy wykazują zachowanie, które nazwano syntonizacją. Poza tem wykazują schizofrenicy zmniejszenie się nasilenia urojeń, często zmieniających swój podkład; chory wciąga w treść urojeń najrozmaitsze cenestezje, związane z rosnącym guzem, które często zmienia i przeinacza. Omamy słuchowe, znamienne dla schizofrenji, ustępują często zupełnie, a nierzadko na ich miejsce pojawiają się omamy wzrokowe. Jakość histologiczna guza i jego umiejscowienie nie mają widocznego wpływu na kształtowanie się obrazu klinicznego.

Autoreferat.

METODYKA LECZENIA SCHIZOFRENJI INSULINĄ. — L. Baranowski, J. Borysowicz, M. Marzyński, A. Ossendowski, J. Paradowski i St. Witek. — (Warszawskie Czasopismo Lekarskie № 29-30, 1935 r.).

Autorzy podają metodę stosowania insuliny w Klinice Chorób Nerwowych i Umysłowych w Wilnie.

Przed wstrzyknięciem insuliny przygotowywano zawsze 40% roztwór glukozy do wstrzykiwań dożylnych. Poza tem pod ręką znajdował się zgłębnik do karmienia, herbata mocno osłodzona, rozwieracz ust, adrenalina oraz chleb lub bułka, grubo posmarowana miodem, powidłami itp.

Przed wstrzyknięciem insuliny mierzono pacjentowi tętno, temperaturę oraz ciśnienie krwi, które później były kontrolowane co 30 min. Po wstrzyknięciu insuliny stale był obecny lekarz, który miał do pomocy siostrę i pielęgniarkę.

Próby leczenia schizofrenji insuliną zostały przeprowadzone u 19 chorych, w czem 10 mężczyzn i 9 kobiet. Insulinę stosowano naraz u 4—5 chorych.

Przy prowadzeniu leczenia schizofrenji insuliną konieczna jest znajomość obrazu reakcji prehipoglikemicznej, wstrząsu hipoglikemicznego oraz zapaści.

Reakcja prehipoglikemiczna zaczyna się uczuciem osłabienia, lekką sennością, nieznacznem drżeniem kończyn górnych, przyspieszeniem czynności serca, wystąpieniem pocenia się, uczuciem głodu i zawrotem głowy. Przy przejściu we wstrząs hipoglikemiczny uczucie niemocy i senności potęguje się, wzrok staje się zamglony, szklisty, niekiedy występuje podwójne widzenie, pacjent coraz obficiej poci się: pot jest lepki, świecący się; twarz blednie, rzadziej jest zaróżowiona, usta ściągają się; pod wpływem nagłego osłabienia chory doznaje uczucia niepokoju, wskutek czego niekiedy podnieca się, krzyczy, zrywa się z łóżka, język plącze się, urojenia mogą potęgować się, jak również omamy wzrokowe i słuchowe. Zwykle jednak chory zachowuje się spokojnie, oddech jest głęboki, ciężki, równy, tętno pełne, bardzo zmienne ze skłonnością do zwolnienia, o ile chory nie jest pobudzony ruchowo. Ciśnienia krwi — maks. i min. — ulegają równolegle nieznacznemu obniżeniu. Pacjent staje się bezwładny, jakby odurzony, odruchy ulegają obniżaniu, źrenice zwężają się. Niekiedy występują objawy przejściewego niedowładu połowicznego wraz z objawem Babińskiego, nie pozostawiając jednak długotrwałych następstw. Pomimo, że zespół powyższych objawów może być niebezpieczny, jednak jest pożądany i można go w razie potrzeby przerwać podaniem węglowodanów.

Przy przejściu w zapaść oddech staje się chrapliwy, występuje nieprzytomność, atonja mięśni, odruchy znikają, niekiedy chory oddaje mocz pod siebie.

W rzadszych przypadkach chory po dłużej lub krócej trwających objawach wstrząsu hipoglikemicznego nagle dostaje ogólnych drgawek klonicznych o charakterze padaczkowym.

Zapaści jak i stany hipoglikemiczne u tego samego pacjenta mają przebieg zwykle jednakowy.

Sakel odróżnia t. zw. wstrząs mokry, podczas którego występują silne poty, śpiączka i brak odruchów, oraz wstrząs w postaci przejścia do ciężkiego napadu drgawkowego. Ponieważ obie postacie zapaści są poprzedzane

znacznem poceniem się, dlatego uważamy, że lepiej jest rozróżniać zapaść śpiączkową i zapaść, połączoną z drgawkami, która wymaga natychiastowego przerwania przez dożylne podanie węglowodanów (glukozy). Przy zapaści śpiączkowej można spokojnie czekać pół godziny i więcej, kontrolując ściśle tętno i ciśnienie krwi. Tu również budzi się pacjenta podaniem klukozy dożylnie lub zapomocą zgłębnika.

W przypadkach bez zapaści posiłek był podawany w 2—3 godziny po zastrzyknięciu insuliny. Posiłek składał się z pokarmów o dużej zawartości węglowodanów, a pozatem pacjent po 1—2 godzinach spożywał swój zwykły obiad.

Stany kosmatyczne nie są szkodliwe, a — według Sakela — są bardziej skuteczne w leczeniu. Ciągle powiększając dawki insuliny, starać się trzeba doprowadzić chorego nietylko do wstrząsu hipoglikemicznego, lecz również do stanu kosmatycznego. Mimo dużych dawek nie uzyskuje się go u wszystkich pacjentów.

Leczenie rozpoczyna się zawsze od 20 jednostek insuliny pro dosi, poczem dawki stopniowo zwiększa się o 10-12 jednostek — aż do wystąpienia pierwszej zapaści, która najczęściej występowała przy 40-50 jednostkach. Niekiedy jednak zapaść występowała już przy 20-30 jednostkach, u innych zaś chorych dopiero przy stukilkudziesięciu, a nawet więcej.

Po uzyskaniu dawki wstrząsowej następnego dnia podawano insulinę w tej samej wysokości, zazwyczaj jednak zachodziła potrzeba powiększania jej, by uzyskać zapaść. W ten spcsób dochodziło się często do 200 jednostek pro dosi. Wyjątkowo zachodziła potrzeba zmniejszania pierwszej dawki wstrząsowej. Liczbę zapaści u jednego pacjenta doprowadzano do 10—12.

Pomimo olbrzymich dawek insuliny nie miało się nietylko przypadków zgonu, lecz nawet jakichkolwiek powikłań. Przyczyniły się do tego daleko posunięte ostrożności, jak np. umiejętne karmienie chorych. Łatwo bowiem przy karmieniu ich w stanie somnolencji spowodować zachłystowe zapalenie płuc; aby temu zapobiec, podawano choremu pokarmy w pozycji siedzącej, głośno go pobudzając. Dbano, by chory po obudzeniu się ze stanu kosmatycznego wykrztusił ślinę. Pilnowano, by spożył dostateczną ilość węglowodanów (nie mniej, niż 150 g. cukru), by w ustach nie pozostawały mu resztki pokarmu. Te i inne drobne zabiegi pozwoliły uniknąć niespodzianek.

Po znalezieniu dawki wstrząsowej pozostajemy przy niej do końcu leczenia, t. zn. do uzyskania w sumie przeciętnie 30 godzin stanu hipoglikemicznego u jednego pacjenta.

Autorzy wychodzą z założenia, że lecznicze znaczenie mogą mieć przedewszystkiem stany hipoglikemiczne, nie zaś wstrząsy, które nieraz trwają parę minut.

Wprowadzono więc jako zasadę wstrzykiwanie insuliny jedynie naczczo. W ten sposób stworzono mniej wiecej jednakowe warunki dla powstawania stanów niedocukrzenia i można było obliczyć dokładnie maksymalną liczbę godzin, którą chory ma przebyć w stanie znacznego niedocukrzenia. Jeżeli hipoglikemiczne stany mają działać leczniczo, to godzinę hipoglikemiczną należy uznać za jednostkę leczniczą. Najczęściej stosowano 20-25-30 godzin hipoglikemicznych. Trzeba jednak zaznaczyć, że niema narazie danych, pozwalających dokładnie określić, jaką dawkę należy uważać za najlepszą.

Leczenie insuliną może być niebezpieczne dla życia chorych, szczególnie w zapaściach drgawkowych, dlatego wymaga ono wielkiego doświadczenia i ostrożności. Przy podanym przez autorów sposobie stosowania insuliny uniknięto przypadków śmierci, jak również jakichkolwiek powikłań.

Metoda ta zasługuje na wypróbowanie na większej liczbie przypadków, i to nie beznadziejnych, by ocenić można było należycie ocenić jej wartości lecznicze, do czego już przystąpiono w klinice wileńskiej.

O. B.

UWAGI DO ZAGADNIEŃ ZWĘŻENIA SCHIZOFRENJI. (K woprosu o suženii schizofrenii). — W. I. Akkerman. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Niewropatołogija, Psichiatrija i Psichogigijena № 1, 1935 r.).

Rosenstein w roku 1932 wyodrębnił i opisał przypadki psychicznego zachorzenia, które nazwał „łagodnemi postaciami schizofrenji". Charakteryzują się one, według Kerbikowa, trudnem lokalizowaniem w czasie początku tego zachorzenia, powolnym, stopniowym, bez skoków postępującym przebiegiem; główną zaś ich cechą jest — dostępność, emotywność, naturalność i brak paradoksalności w zachowaniu się, brak autyzmu i rozszczepienia; jednocześnie z tem — degradacja funkcyj psychicznych przejawia się niewątpliwie w postaci pogorszenia pamięci pierwotnego pochodzenia, obniżenia ogólnego poziomu intelektualnego, uporczywych bólów głowy, uporczywej bezsenności. Jest to zatem, jak się wyraża Garnuszkin, „schizofrenja bez schizofrenicznej symptomatologji".

Autor za Rosensteinem sądzi, że łagodnie przebiegająca schizofrenja stanowi odrębną właściwość natury jakościowej. Nadszedł zatem czas wyodrębnienia ze schizofrenji dużej części „asymptomatycznych" łagodnych postaci. Charakteryzowałby je bardzo powolny, torpidny, lecz postępujący przebieg przy braku podstawowych procesualnych albo defektywnych objawów schizofrenicznych.

Ich główna masa pochodziłaby z zakresu ciężkości zespołów neurotycznych, przewlocznych, uporczywych reakcyj i patologicznego rozwoju osobowości.

O. B.

O INTERMEDJALNEJ WYMIANIE W MÓZGU SCHIZOFRENIKÓW. (Intermedjalnyj obmien w gołownom mozgie u schizofrenikow). — M. A. Czalisow, N. M. Wolfson i D. N. Arutjunow. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Newropatologija, Psichiatrija i Psichogigijena № 1, 1935 r.).

Meyerson i Halloran ogłosili w r. 1927 w Bostonie oryginalną metodę kontroli wymiany materji w mózgu żywego człowieka. Zasada metody polega na pobieraniu do zbadania krwi z arterji carotis communis wzgl. interna i vena jugularis interna oraz dla kontroli — z arterji a. brachialis i vena basilica.

Wnioski:

1) Metodyka, zaproponowana przez Meyersona i Hallorana, która służy do zbadania procesów wymiany w mózgu żywego człowieka, odpowiada w zupełności zadaniu.

2) Najłatwiejszą jest technika pobrania krwi u osób, u których odległość między odgałęzieniem szczęki dolnej a mięśniem sutkowo-mostkowo-obojczykowym wynosi 15 mm.

3) Dla badania krwi tętniczej zbędne jest pobieranie jej z tętnicy sennej. Wystarcza pobrać krew z każdej powierzchownej tętnicy. Najdogodniejszą okazuje się arterja brachialis.

4) Zawartość potasu, żelaza i ogólnego fosforu w krwi u schizofrenika jest zmniejszona.

5) Zawartość wapna we wszystkich naczyniach taka sama jak u ludzi normalnych. Mózg nie zatrzymuje i nie wydziela wapna.

6) Mózg schizofrenika wydziela potas i żelazo. Zwiększone wydzielanie żelaza odbywa się prawdopodobnie kosztem mózgowego (gistiogenicznego) żelaza.

7) Ogólny fosfor wydzielają więcej mięśnie niż mózg. Jednakże fosfor w intermedjalnej wymianie mózgu wydziela się jako ostatni.

8) W mózgu schizofreników procesy utleniania przebiegają leniwie.

9) Mózg pochłania w większości przypadków zatrzymany azot resztkowy. Jego dalszy los nie jest dokładnie znany. Przy schizofrenji mózg wydziela kwas moczowy w dużych ilościach, co świadczy o rozpadzie nukleoproteinów.

10) W schizofrenji jest zwiększona wymiana węglowodanów.

11) Widocznie rozpad glikogenu przebiega aktywnie, naskutek czego w żyłach, odprowadzających krew z mózgu, powstaje zwiększenie ilości cukru.

11) Zwiekszony rozpad cukru w mózgu prowadzi do powiększenia zawartości kwasu mlecznego w krwi.

O. B.

BADANIA ANATOMO-PATOLOGICZNE SCHIZOFRENJI. (Anatomisch-histologische Untersuchungen an Schizophrenen). — Fr. Meyer. — Niemcy. — (Msch. Psychiatr. № 88 i 91, 1935 r.).

W części pierwszej po krótkim wstępie, w którym autor podaje cel swoich badań, omawia 5 przypadków schizofrenji. Podaje bardzo dokładny opis przeprowadzonych badań mózgu i innych narządów wewnętrznych. Badaniu poddawał następujące okolice mózgu: okolicę czołową, potylicową, ciemieniową, jądra podstawowe, most, rdzeń przedłużony, móżdżek, podstawę mózgu w okolicy szyszynki, wycinki ze splotu naczyniowego itd. Pozatem bardzo dokładnie przeprowadzał badania narządów wewnętrznych.

W drugiej części pracy zestawia otrzymane wyniki przeprowadzonych badań i uważa, że podzielić je można na dwie grupy: 1) wyniki, dotyczące zmian, zachodzących w przewodzie pokarmowym, 2) — zmian, zachodzących w gruczołach dokrewnych: w gruczole tarczykowym, nadnerczu, przedniej części przysadki mózgowej. Badania histologiczne nie wykazały zmian w szyszynce, splocie naczyniowym i oponie twardej. We wszystkich przypadkach stwierdził autor zgrubienie opony miękkiej okolicy płatu czołowego oraz — poza fibroblastami i erytrocytami — olbrzymie komórki wielojądrowe itd.

Autor wreszcie dochodzi do wniosków ostatecznych i stwierdza, że w schizofrenji powstają z pewną regularnością mniej lub więcej znaczne zmiany w gruczołach dokrewnych, a prócz tego także dość częste zmiany w przewodzie pokarmowym, które prawdopodobnie nie mają wpływu na zaburzenia psychiczne.

K. Wize.

AKTYWNE LECZENIE SCHIZOFRENJI. (Über aktive Schizophreniebehandlung). — Weygandt. — Niemcy. — (Psychiatr. Neurol. Wochenschrift № 608—611 i 619—622, 1935 r.).

Autor daje szeroki, krytyczny pogląd na sposoby leczenia schizofrenji, stosowane w ostatnich czasach. Przekonał się, że leczenie organopreparatami nie dało pewnych wyników. Transfuzje krwi — zabiegi nieco ryzykowne — były wykonywane może zbyt bojaźliwie. Leczenie gorączkowe dawało wyniki skromne, lecz zachęcające do dalszej pracy w tym kierunku. Leczenie zaś insulinowe, t. zw. metoda wstrząsowa Sakela, to bardzo zabiegi skomplikowane, połączone ze znacznem niebezpieczeństwem i wymagające krytycznego sprawdzenia na większym materjale.

Autor wskazuje na konieczność dalszego ostrożnego, krytycznego, lecz wytrwałego kontynuowania dotychczasowego narazie tylko czysto empirycznego, postępowania.

L. Bambauer.

PRZYCZYNEK DO PROGNOZY SCHIZOFRENJI. (Zur Prognoze der Schizophrenie). — K. Ohta. — Japonja. — (Psychiatr. et. Neurol. Japonica, ze streszczenia niemieckiego, № 39, 1935 r.).

Dane katamnetyczne, dotyczące 179 zwolnionych z zakładu schizofreników, wykazały u 52 pacjentów (30%) zupełną remisję, trwającą u z nich 5-ciu ponad 5 lat. Z wymienionych 52 pacjentów 33 czuło się zupełnie dobrze, 11 narzekało na dolegliwości nerwowe (ból głowy, osłabienie), 8 zdradzało urojenia treści religijnej. 26 było zdolnych do pracy, lecz trzeba było ich zatrudniać pracą bardziej prymitywną, aniżeli przed chorobą, — u tych pozostały jeszcze lekkie objawy psychiczne (małomówność, lękliwość i pewna depresja psychiczna). W 72 przypadkach (40%) nie stwierdzono żadnej zmiany, a zmarło 27 (15%).

Chorzy o budowie piknicznej okazali lepszą prognozę, aniżeli chorzy o budowie dysplastycznej. Przypadki o początku ostrym dawały lepsze remisje, aniżeli przypadki o rozwoju powolnym. W 5 przypadkach zbiegał się początek remisji z początkiem gruźlicy. Z 39 przypadków z wzmożoną zawartością białka w płynie mózgowo-rdzeniowym nastąpiła w 7 przypadkach (18%) zupełna remisja; 26 pozostało bez zmiany, zmarło 6. Z 62 przypadków z normalnym płynem mózgowo-rdzeniowym nastąpiła zupełna remisja w 22 (36%) przypadkach, w 10-ciu przypadkach remisja częściowa, w 22 bez zmian, zmarło 8.

L. Bambauer.

W SPRAWIE LECZENIA LIZATAMI W PRZYPADKACH SCHIZOFRENJI. (O primienienji lizatoterapji pri szizofrenji). — F. Naumow. — Z. S. S. R. — (Sow. Newr. № 8, 1935 r.).

Wychodząc z założenia, że schizofrenja jest schorzeniem wielogruczołowem, autor zastosował w celach leczniczych lizaty, otrzymywane metodą Tusznowa, u 8 schizofreniczek w wieku od lat 18 do 25, z których 6 należało do przypadków postaci mieszanej, a 2 do paranoidalnej. Ostatnie dwa przypadki pozostały bez zmiany, w 2 zaś przypadkach typu mieszanego nastąpiło pewne uspokojenie, a w 4 zanotowano poprawę, która w jednym przypadku była tak znaczna, że pozwoliła uznać chorą za zupełnie wyleczoną.

K. F.

BADANIA NAD TEMPERATURĄ SKÓRY U SCHIZOFRENIKÓW. (Body temperatures of persons with schizophrenia and normal subjects). — J. Gottlib i F. Linder. — Stany Zjedn. A. P. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

Schizofrenicy nie wykazują przy badaniach skóry w różnych porach dnia czy okresach łata cech homoiotermicznych, czem różnią się od ludzi normalnych, badanych równocześnie dla kontroli. Zachowanie schizofreników zbliża ich do typu poikilotermicznego. jd.

SCHIZOFRENJA I CHOROBA WILSONA W KORELACJI DZIEDZICZNOŚCIOWEJ. (Wilsonische Krankheit und Schizophrenie im erbbiologischen Züsammenhang). — Polik. — Niemcy. — (Psych. Neur. Woch. 1935 r.).

Jest to pierwszy według autora opis, rodziny, gdzie istnieje zbieżność obu chorób. Babka schizofreniczka, córka wychodzi zamąż za swego kuzyna, — u obojga wyraźne cechy schizoidalne. U wnuka wyraźna schizofrenja. Choroba Wilsona pojawia się u babki i u jednej z dalszych krewnych.

Autor podkreśla różny sposób dziedziczenia obu chorób. jd.

DOŚWIADCZENIA Z LECZENIEM GORĄCZKOWEM W SCHIZOFRENJI. (Tentativi di piretoterapia nella demenza precoce). — R. Pasqualini. — Włochy. — (Riv. sper. Freniatr. № 58, 1935 r.).

Autor stosował leczenie gorączkowe zapomocą piretaminy u 12 chorych, cierpiących na schizofrenję rozmaitych typów. Stosował on stale po 14 zastrzyków w odstępach 3—4 dniowych. W ten sposób kuracja trwała 2 miesiące. Osiągnięto temperatury od 39,5⁰ do 40,5⁰, trwające 9—12 godzin.

Wszyscy chorzy znosili kurację naogół dobrze, bez znaczniejszych zaburzeń w stanie odżywiania. Jednakże leczenie gorączkowe nie wywarło żadnego wpływu na proces chorobowy, jedynie u 2 chorych z prostą hebefrenją zauważono zmianę psychiczną w sensie łatwiejszego nawiązania kontaktu, jednakże nie mogło tu być mowy o poprawie istotnej. K. F.

LECZENIE INSULINOWO-WSTRZĄSOWE SCHIZOFRENJI. (Terapia da schock insulinico nella schizofrenia). — L. Grimaldi i A. Tomasino. — Włochy. — (Schizophrenie № 5, 1935 r.).

Przed kilku laty Sakel doniósł o dodatnich wynikach leczenia schizofreników insuliną, otrzymanych mianowicie przez wywoływanie w nich hipoglikemicznych wstrząsów insulinowych.

Jak wiadomo, przy pomocy dużych dawek insuliny wywołuje się ciężkie objawy chorobowe, jak osłabienie ogólne, uczucie lęku, drżenie, poty, głód, drgawki, zapaść, hipotermję itd.

Autorzy zastosowali tę kurację u 4 schizofreników (1 typ paranoidalny, 3 katatoników) i pokrótce donoszą o swych spostrzeżeniach.

W przypadku pierwszym pierzchły halucynacje i pacjent uspokoił się trwale; w pozostałych trzech objawy katatoniczne ustąpiły prawie doszczętnie, a sitofobja zniknęła zupełnie. To ostatnie zjawisko nabiera szczególniejszego znaczenia, gdyż stanowi ono pewien przyczynek do spornej dotychczas kwestji leczenia chorych insuliną w przypadkach sitofobji. Technikę terapeutyczną podaje praca oryginalna.

Autorzy pragną kontynuować swe doświadczenie, przyczem zwracają uwagę na niebezpieczeństwa (śmierć!) i trudności techniczne zabiegu, który wymaga ścisłej osobistej kontroli ze strony lekarza. K. F.

PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNE.

ROLA PRZYSADKI W PSYCHOZIE MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ. (Le rôle de l'hypophyse dans la psychose maniaco-dépressive). — C. J. Urechia, M. Kernbach i Retezeanu. — Francja. — (L'Encéphale № 3, 1935 r.).

Na podstawie doświadczeń przy pomocy Ascheim-Zondeka i zastosowaniu jej w 14 przypadkach z wynikiem zawsze negatywnym autorzy dochodzą do przeświadczenia, że przysadka nie odgrywa roli w zachorzeniach psychozy manjakalno-depresyjnej. Może jedynie być mowa o jakiejś jej roli drugorzędnej przypadkowej.

K. Wize.

PATOGENEZA I TERAPJA PSYCHOZ MANJAKALNO - DEPRESYJNYCH. (Pathogenese und Therapie des manisch-depressiven Irreseins). — E. Braun. — Niemcy. — (Fortschritte d. Neurologie № 6, 1934 r.).

W związku z nowszemi badaniami nad przemianą tłuszczową autor stwierdził, że w licznych przypadkach chorzy z depresją wykazują zwiększony poziom cholesteryny we krwi. Podczas gdy np. na 110 osób normalnych poziom cholesteryny w ich krwi wynosił ponad 200 mg%, tylko w 1,8%, przy depresji — na 418 przypadków poziom ponad 200 mg% wynosił w 32%. Ten sam stan rzeczy stwierdził autor również przy psychozach inwolucyjnych z depresją, w psychozach reaktywnych z depresją natomiast zjawiska tego nie stwierdził.

Na przemianę cholesterynową mogą wpłynąć najróżniejsze inkrety; najważniejszemi z nich wydają się jednak produkty kory nadnercza. Przypuszczenie to potwierdzają sukcesy lecznicze, osiągnięte u całego szeregu chorych depresywnych zapomocą preparatu pod nazwą „Supracortin" wytwarzanego z kory nadnercza. Po stosowaniu tego preparatu następowała w licznych przypadkach spodziewana poprawa. Ujemne wyniki dawały depresje starcze i sklerotyczne. Sukcesy lecznicze przypisuje autor zastępczemu działaniu preparatu przy zaburzonej korelacji wewnątrzwydzielczej. Podobnie jak przy cukrzycy, tak i tu można zadziałać leczniczo, zmierzając niekoniecznie do samego źródła zaburzeń, lecz na jakąś inną „stację boczną". Dopóki brak podniety „ośrodkowej", zmuszeni jesteśmy dostarczać organizmowi te inkrety, których ustrój przejściowo sam uruchomić nie może.

Autor referuje swoje spostrzeżenia z wielką zresztą rezerwą i zaznacza sam, że są to „pierwsze kroki na nowej drodze", lecz wcale zachęcające.

L. Bambauer.

O ZWIĄZKU MIĘDZY PSYCHOZAMI DEPRESYJNEMI A PSYCHASTENJĄ. (Dei rapporti fra le psicosi depressione e la psichastenia). — P. Armenise. — Włochy. — (Il Cervello № 6, 1934 r.).

Autor przestudjował 213 przypadków psychoz depresyjnych i psychonerwic z natręctwami. Do psychoz depresyjnych zaliczał nietylko psychozy cykliczne, ale również depresje inwolucyjne i symptomatyczne. Okazało się, że w psychozach depresyjnych, powstałych na różnem podłożu, liczba chorych, którzy przed psychozą wykazywali różnego rodzaju natręctwa natury psychastenicznej, wynosiła od 60—94,5%. Badania te utwierdziły autora w prze-

konaniu, że psychozy depresyjne rozwijają się na podłożu poprzednich natręctw oraz, że lęk częściej występuje w depresjach psychastenicznych, niż w stanach manjakalno-depresyjnych. O ile stany lękowe występują w tych ostatnich, to poprzedzają je natręctwa. Pozorna ekspansywność u psychasteników jest tylko niejako próbą zamaskowania ich chwiejności i słabości. Autor wkońcu proponuje, aby psychozy manjakalno-depresyjne i psychastenje, jako stanowiące jedynie odmiany podstawowego nastroju emocjonalnego, tworzyły jedną grupę psychoz afektywno-emocjonalnych.

G. Szwarcenberg.

PSYCHOZY MIESZANE — SCHIZOFRENJA I PSYCHOZA MANJ.-DEPRESYJNA. (Mischpsychosen, manisch-depressives Irresein — Dementia praecox). — W i c k e l. — Niemcy. (Psych. Neur. Woch. № 178, 1935 r.).

Autor wykazuje, że zmieszanie się tych dwu podstawowych endogennych psychoz daje najrozmaitsze, nieraz bardzo trudne do odcyfrowania obrazy kliniczne: paranoia acuta, mania hallucinatoria, psychosis degenerativa i in. Własne 4 przypadki tego typu analizuje metodami G a u p p a i K r e t s c h m e r a. Przypuszcza nakoniec, że stany podniecenia urojeniowego, spotykane po leczeniu porażenia postępującego malarją, mogą zależeć od podstawowej konstytucji cyklotymicznej.

Jd.

LECZENIE MELANCHOLJI ORAZ DEPRESYJ WEWNĄTRZPOCHODNYCH ZAPOMOCĄ HEMATOPORFIRYNY. (Die Behandlung der Melancholie und endogenen Depressionen mit Hämatoporphyrin). — J. H ü h n e r f e l d. — Niemcy. — (Psych. Neur. Wschr. № 181, 1935 r.),

Autor zestawia swoje wyniki, osiągnięte w leczeniu depresyj wewnątrzpochodnych zapomocą hematoporfiryny („Photodyn"). Na 66 przypadków miał 36 wyleczonych wzgl. ze znacznem polepszeniem, 21 z mniejszą, lecz z wyraźną poprawą, 9 bez efektu. Zestawienia innych autorów informują o 242 przypadkach, leczonych tą samą metodą, które dały 105 przypadków wyleczonych, 52 poprawy, a 38 — bez zmiany. Poprawa odnosiła się przedewszystkiem do objawów cielesnych. Zaleta tego leczenia polega na tem, że że odpada przy niem konieczność częstego stosowania środków uspokajających i nasennych, do których łatwo się przyzwyczaić. Badania autora wykazały, że ciężkie kliniczne postacie depresji naogół lepiej reagują na wspomniane leczenie, aniżeli postacie lekkie, przyczem najpierw poprawiają się zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Konieczne jest dokładne diagnostyczne odgraniczenie poszczególnych form depresji.

L. Bambauer.

NOWA REAKCJA NA HORMONY PRZYSADKI MÓZGOWEJ, MOGĄCA MIEĆ ZASTOSOWANIE PRZY PSYCHOZACH OKRESOWYCH. (Une nouvelle réaction hypophysaire applicable à la psychose intermittente). — X. A b é l y, P. A b é l y, C o u l é o n, Mme C o u l é o n. — Francja. — (Annales méd. psychol. № 94/I, 1936 r.),

Najprostszą metodą wykrywania w moczu hormonu przysadki jest metoda, opracowana przez B i n e t a, V e r n e a i L u x e n b o u r g a. Reakcja ta jest najnowszą dla wykrycia ciąży, jednak, według autorów, nietylko w wypadku ciąży wypada dodatnio, lecz również w psychozach manjakalno-depre-

syjnych, i to zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Reakcja jest najwyraźniejsza na początku okresu, pozostaje słabo dodatnią przez cały czas jego trwania, a wypada ujemnie w czasie między dwoma okresami manji. Ujemnie wypada również ta próba w przypadkach podniecenia manjakalnego nie cyklicznego pochodzenia (psychozy przedstarcze, mieszane). Autorzy uważają, że próba ta może służyć do odróżniania prawdziwego podniecenia manjakalnego od innych symptomatycznych stanów podniecenia. Reakcja, o której mowa, stale bywa ujemną u osób normalnych, melancholików oraz innych psychicznie chorych osób. W okresie bezpośrednio przed- i pomenstruacyjnym odczyn daje nieraz wyniki dodatnie.

Nie wyciągając narazie ze swej pracy dalej idących wniosków, autorzy zwracają jedynie uwagę na to, że nowa ta reakcja, uważana przez swych twórców za specyficzną dla ciąży, wypada oprócz tego dodatnio w chorobach psychicznych i to prawie wyłącznie przy stanach manjakalnych.

L. Bambauer.

LECZENIE STANÓW DEPRESYJNYCH PODAWANIEM DOŚWIADCZALNEM BROMKU SODU. (Leczenje diepressiwnych bolnych wnutriwiennymi wliwanjami bromistago natrija). — W. Głazow i A. Amirdżanjan.— Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichonewrołogija № 5, 1934 r.).

Antorzy wychodzą z założeń Zondeka, który w stanach depresyjnych w przypadkach psychoz manjakalno-depresyjnych stwierdził obniżenie ilości bromu we krwi. Stany depresyjne pochodzenia reaktywnego nie dają obniżenia poziomu bromu we krwi. Dożylne podawanie bromu, zdaniem autorów, zabezpiecza przed wystąpieniem zatrucia bromowego. Głazow przez 6 lat podawał codziennie swym pacjentom w ciągu 20—25 dni po 5,0 20% rozczynu NaBr i nie obserwował objawów bromizmu. Ogółem podawano brom dożylnie w 42 zgórą przypadkach depresji (w tem 6 przypadków psychozy okresowej, 14 — depresji w schizofrenji, 2 — depresji alkoholowej i 20 przypadków stanów depresyjnych w przebiegu psychozy reaktywnej). Stosowano injekcje dożylne 20% rozczynu NaBr co drugi dzień w i ilości 5,0 na dawkę. Zazwyczaj po 20 injekcjach występowała poprawa, przyczem nie przestrzegano jakiejkolwiek specjalnej diety. Przed rozpoczęciem leczenia oznaczono poziom cukru we krwi, przyczem w stanach reaktywnych stwierdzano podniesienie tego poziomu. W miarę podawania bromu poziom ten obniżał się do normy. W psychozach reaktywnych już po kilku pierwszych injekcjach (4—5) spostrzegano poprawę, zwłaszcza w leczeniu kombinowanem, połączonem z injekcjami insuliny. W wypadkach stanów depresyjnych w przebiegu schizofrenji pod wpływem leczenia bromem ustępuje depresja, pozostają jednak objawy cierpienia podstawowego.

W. Terajewicz.

CHOROBY PSYCHOPOCHODNE, PSYCHOZY REAKTYWNE, NERWICE I ZABURZENIA ŻYCIA SEKSUALNEGO.

NIEMOC PŁCIOWA U MĘŻCZYZN. — Edmund Margiel. — (Warszawskie Czasopismo Lekarskie № 39, 1934 r.).

Niemoc płciowa występuje u ludzi z dużą pobudliwością nerwową, przewrażliwionych i życiowo nieodpornych. Nie jest ona jednostką chorobo-

wą, lecz jednym z objawów ogólnego wyczerpania nerwowego, astenji układu nerwowego. Na obraz niemocy płciowej składa się szereg objawów, z których przedewszystkiem wymienić należy e j a c u l a t i o p r a e c o x — wytrysk nasienia przedwczesny z najcięższą swą postacią: ejaculatio ante portas — wytrysk przed wprowadzeniem członka do pochwy. Dalej brak wzwodu lub wzwód niknący po i m m i s s i o p e n i s i wreszcie i m p o t e n t i a p a r a l y t i c a, to jest zupełny brak libido i erekcji.

Niemoc płciowa może występować z różnorakich przyczyn, a więc ciężkich chorób zakaźnych, schorzeń aparatu moczopłciowego, trucizn (alkohol, nikotyna, kofeina, trucizn metalicznych), względnie przeciwności życiowych, zmartwień, niepowodzeń, zawodów, walki o byt itp.

Praktycznie dzieli sie niemoc płciową u mężczyzn na dwie grupy: niemoc płciową organiczną i czynnościową, w której znowu odróżniamy dwie podgrupy: neurasteniczną i psychiczną. W leczeniu niemocy stosujemy: 1) elektrolecznictwo (prąd galwaniczny, diatermja, prądy wysokoczęstotliwe), 2) wodolecznictwo, 3) leczenie masażami i wibrecją, 4) leczenie hormonami, 5) leczenie środkami farmakologicznemi, tonizującemi, 6) psychoterapją.

Autor w 57 przypadkach zastosował hormofortinę „Klawego" o składzie następującym:

Strychnini methylarsin	0,001
Na methylarsinici	0,02
Na glycerophosforici	0,03
Subst. rec. ovar.	0,25
Subst. rec. testic.	0,25
Sol. isoton. Mg. chlor. ad	1,00

Preparat ten jest koncepcją połączenia dwóch metod leczniczych: leczenia farmakologicznego z leczeniem hormonalnem — i to zarówno hormonu męskiego, jak i żeńskiego. Autor stosował ten preperat po jednej ampułce domięśniowo przez kilka tygodni codziennie w połączeniu z elektroterapją.

Po upływie tego czasu pobudliwość płciowa wróciła do normy, a nawet była większa, niż przed chorobą. Chory przybierał na wadze, odzyskiwał energję życiową.

Do leczenia hormofortiną nadają się specjalnie przypadki ze słabym wzwodem, słabą pobudliwością płciową, anestezją płciową, oligozoo- i nekrospermją, połączone z ogólnem wychudzeniem.

E. T.

BADANIA DOŚWIACZALNE NAD ATYPOWYM ZESPOŁEM PLĄSAWICZYM U CHOREJ Z OBJAWAMI HISTERJI. (Ricerche sperimentali su di una sindrome coreica atipica in soggetto isterico). — G. C o l u c c i. — Włochy. — (Il Cervello № 5, 1934 r.).

Autor poddał szczegółowym badaniom biologicznym, farmakologicznym i semjotycznym chorą z objawami pląsawicy histerycznej. Badania te wykazały, że istnieją zaburzenia kliniczne, mające coś wspólnego ze znanemi zespołami pozapiramidowemi. Drogą badań doświadczalnych stwierdzono w tym wypadku zaburzenia ważnych czynności biologicznych, których regulatorem jest, według współczesnych poglądów, okolica mesodiencephalon. Badania semjotyczne i biologiczne pląsawicy histerycznej wykazały, że istnieje tu dysfunkcja ośrodków nerwowych podkorowych.

G. Szwarcenberg.

PSYCHOZA ZBIOROWA INDUKCYJNA. — M. Syrota. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

Autor opisuje przypadek zachorowania całej rodziny, składającej się z 4 osób: ojca, matki i dwóch córek. Psychoza o przebiegu ostrym z urojeniami grzeszności i opanowania przez djabłów. Rodzina dziedzicznie obciążona, struktura psychiczna — schizoidalna. Na podstawie historji choroby autor wnioskuje o roli, jaką odgrywa sugestja i identyfikacja przy powstawaniu psychoz zbiorowych.

Autoreferat.

PSYCHOLOGJA OKREŚLONYCH TYPÓW SYMULACJI. (Psychology of a certain type of malingering). — K. A. Menninger. — Stany Zjedn. A. P. — (Arch. of Neur. № 33, 1935 r.).

Autor uważa, że celem symulacji jest nietylko uzyskanie jakichś korzyści od świata zewnętrznego, ale że również niektóre jej typy są aktem agresji, wyzywającym otoczenie do poznania jej i następnie — ukarania. Tak więc łączy się taka symulacja w wielu wypadkach z popędami zarówno ekshibicjonistycznemi, jak i masochistycznemi.

jd.

LECZENIE LOGONERWIC ZBIOROWĄ METODĄ PSYCHOLOGICZNĄ. (Traitement des logonévroses par la méthode psychologique collective). — J. Florensky. — Francja. — (L'Hygiène Mentale № 6, 1934 r.).

Logonerwice w Rosji Sowieckiej wchodzą w skład t. zw. „małej psychjatrji". Warunki życia sowieckiego stawiają mowie jako takiej wielkie wymagania. Z drugiej strony te same warunki przyczyniają się do wykrywania logonerwic. Stara szkoła traktowała te nerwice jako zaburzenia wyłącznie artykulacyjne i leczyła je stosowaniem ćwiczeń artykulacyjnych. Obecnie jednak traktuje się jąkanie jako zachowanie spowodowane czynnikami zewnętrznemi, ale pozostające w związku z całą osobowością psychofizjologiczną osobnika. Wbrew szkole dawniejszej jąkanie traktuje się dzisiaj w całości jako zjawisko z szerokiem oparciem o t. zw. psychoortopedję z uwzględnieniem wychowania i psychoterapji. — Wywiady wykazują taką przewagę czynników natury społecznej, że logonerwicę można śmiało nazwać chorobą społeczną. Jąkanie zaczyna się u dziecka z pierwszemi objawami jego kontaktu ze światem zewnętrznym, tj. z rodziną i w miarę rozszerzania się tego kręgu społecznego zaburzenia mowy wzrastają. Jąkanie jednak zjawia się nietylko w związku z czynnikami społecznemi, ale także i z czynnikami biologicznemi (wzrost, dojrzewanie płciowe). Urazowość, spowodowana temi zaburzeniami, nosi piętno wybitnie społeczne: chory zostaje wyłączony z otoczenia — częściowo wskutek osobistego uczucia małowartościowości, częściowo zaś przez otoczenie, które jąkanie razi.

Jako drugi czynnik powodujący jąkanie, podkreślić należy niewystarczalność — dziedziczną lub nabytą — aparatu mowy (opóźnienie mowy w rozwoju, dyzartrje zgłoskowe, opóźnienie się w rozwoju lub niedokończenie dynamicznego zróżniczkowania się półkul mózgowych, oburęczność, zez, asymetrje czynnościowe mimiki). Poza tem spostrzega się częściowy lub całkowity niedorozwój, zastarzałą krzywicę, dziedziczną kiłę, zaburzenia toksyczne — zimnicze lub gruźlicze — i zaburzenia wewnątrzwydzielcze, zwłaszcza ze strony tarczycy. We wszystkich tego rodzaju przypadkach leczenie musi

być przedewszystkiem specjalne. Dalej na uwagę zasługują zaburzenia psychotyczne wtórne: depresja, rozdrażnienie, zaburzenia pamięci, mylne tłumaczenie sobie stosunku do otoczenia itp. Ten stan naprężenia psychicznego często wywołuje obraz wyczerpania nerwowego — bóle głowy, bezsenność. zaburzenia afektywne itd. Wszystko to każe umieścić logonerwice wśród psychonerwic. Stąd też i organizacja zakładów dla logonerwic musi być ściśle związaną z organizacją zakładów psychoneurologicznych — w celu wyzyskania ich urządzeń. Dopiero Europa XX wieku stworzyła jako specjalistów lekarzy mowy, t. zw. l o g o p e d ó w. Jąkanie się wchodzi w skład całego szeregu psychonerwic ze specjalnem uwzględnieniem dziedziny cielesnej. W kolektywnem leczeniu wielkim byłoby błędem umieszczanie dzieci wśród dorosłych, a analfabetów wśród ludzi kulturalnych. Tak samo przy podziale na grupy trzeba uwzględniać formy cierpienia, fazy jego rozwoju oraz stan psychiczny chorych.

Te zaburzenia mowy, które są objawami chorób organicznych układu nerwowego (wiąd rdzenia, porażenie postępujące, afazja, arterjoskleroza, encefalit.) lub też histerji, wymagają leczenia specjalnego i nie powinny być przedwcześnie włączane do innych ugrupowań. Specjalną grupę tworzą recydywiści, z którymi utrzymuje się kontakt korespondencyjny. Zalecane jest przyjmowanie ich do zakładu w celu dalszego leczenia. Mają oni specjalne kursy, oparte na n o w y m materjale. Starego materjału należy się wystrzegać, jako wywołującego dawne, związane z nim ruchy. Podział danych na grupy powinien się odbywać po uprzedniem zbadaniu ze specjalną uwagą i troskliwością. Przy układaniu grup należy zwracać uwagę na jąkanie się rozwojowe, które występuje u dzieci w wieku 3—5 lat, formy bowiem symptomatyczne mogą się zjawiać w każdym wieku. Jąkanie się rozwojowe ustaje około 20-go roku życia, czasem jednak daje nowy wybuch koło lat 35 — wówczas należy wykluczyć cierpienie organiczne układu nerwowego lub miażdżycę tętnic. Dzieci winny być leczone zdala od zakładów psychoneurologicznych pod dozorem logopedy. Przykłady jąkania się dorosłych źle oddziaływują na dzieci.

Psychologiczna metoda kolektywna, którą się chwali psychoneurologja sowiecka, rozporządza dwoma czynnikami: zbiorowość i wpływ psychologiczny. Jąkanie nigdy nie ogarnia człowieka całkowicie. Są okoliczności, w których się mówi bez zarzutu, a są inne — w których ten sam człowiek wybitnie się jąka. Autor przypisuje to zerwaniu więzów pomiędzy jąkającym się a społecznością. Psychicznie — jąkanie jest dowodem osobowości psychopatycznej z objawami depresji z natręctwami i fobjami mowy (lallofobja, logofobja, litterofobja), afazją kojarzeniową, utratą pamięci, zmianami charakteru, deprawacja, aspołecznością. Stąd — psychoterapja, psychoanaliza i przedewszystkiem reedukacja przy pomocy zbiorowej psychoterapji. Rozprzężenie, o ile bywa znacznego stopnia, przy jąkaniu może przypominać afazję lub korzeniową „sałatę" schizofreników. Leczenie trwa 3—3$^1/_2$ miesięcy. Mowę jąkałów traktuje się odrazu jako całość, ze strony społecznej, bez zajmowania się zupełnie jej częściami składowemi czy podstawowemi. Pierwsze dwa tygodnie są najważniejsze. Ważność ta polega na stworzeniu dobrze zorganizowanej grupy w celu wywierania wpływu leczniczego na jej członków przez 1) uaktywianie osobowości, 2) dodawanie pewności siebie zapomocą oparcia o grupę. Jednocześnie kształci się techniczną stronę mowy: 1) przez powolny

rytm, 2) przez analizę zbiorową mowy ze strony motoryki i intelektu (różne sposoby pokrywania błędów wymowy, ruchy dodatkowe, zmiana trudnych słów przez łatwiejsze itd.). Przez pierwsze trzy lub cztery dni chory obowiązany jest zachowywać poza godzinami leczenia w klinice milczenie. Leczenie polega na powtarzaniu przez chorych za lekarzem-nauczycielem krótkich zdań, na opracowywaniu wspólnie z nim czytanek, krótkich rozmowach, które chorzy pod dozorem nauczyciela prowadzą między sobą itp. Cały materjał musi być związany z życiem. Po 8 dniach chory musi opowiedzieć publicznie swój życiorys lub krótko coś powiedzieć na podany temat — np. o alkoholiźmie. Chory dochodzi do opowiadania pod wpływem pokazanego obrazka, lecz bez żadnego uprzedniego przygotowania. Codziennie dawane są zadania domowe i codziennie chory zdaje sprawę wobec całej grupy ze stanu swej wymowy, pracy i swego stanu ogólnego. Praca domowa składa się np. z głośnego liczenia od 1 do 50 i odwrotnie, czytania i opowiadania przed lustrem dla kontroli samego siebie i unikania nadmiaru ruchów. Praca domowa zaczyna się od 3 dnia leczenia. Po 15 dniach każdy chory zdaje przed ogólnem zebraniem wszystkich grup sprawę ze swego leczenia się w tym ubiegłym okresie i analizuje stan swej wymowy z okresu przed leczeniem i po leczeniu. Ogólna krytyka, zarówno ze strony innych chorych, jak i nauczycieli, daje mu wskazówki do dalszego leczenia. Po tem sprawozdaniu chory jest dopuszczony do grupy. Wkońcu 2-go tygodnia pobytu w grupie musi on już umieć mówić powoli i rytmicznie, następne zaś dwa tygodnie zużywa na wzmocnienie zdobytej techniki i na rozwój społecznej strony mowy. Ta druga część leczenia składa się z konferencyj psychoterapeutycznych o zasadniczych zagadnieniach jąkania się, o aktywności osobistej, konieczności brania udziału w życiu społecznem, o niebezpieczeństwie zrywania więzów ze społeczeństwem i cofania się wewnątrz samego siebie, o analizie fobij oraz zwalczaniu lęku i braku pewności siebie. Przed godzinami nauczania zaleca się głośne rozmowy — początkowo grupowe (3-4 osoby), a potem oddzielne — rozmowy na ulicy, sklepach, biurach itd. Rola logopedy powoli zaciera się i pozostawia miejsce aktywnej organizacji chorych. Odbywają się posiedzenia pod kierownictwem chorych przy dyskretnym współudziale logopedy, który dopiero później robi swoje uwagi. W końcu miesiąca chory uczy się opanowywania swych lęków, zwątpienia oraz uczucia upośledzenia. W tym czasie może on już brać udział w życiu klubu klinicznego, w kolektywnem czytaniu gazet i publikowaniu przeglądów, przeznaczonych dla współtowarzyszy. Rola psychoterapeutyczna jest tu podwójna: dla niego — społeczna, dla kolegów — kształcąca. W drugim miesiącu chory musi poza klasą brać udział dwa razy w tygodniu przez dwie godziny w publicznych odczytach, w dziale według upodobania. Teraz urządza się również ogólne wycieczki na miasto i w okolice, organizowane przez komitet chorych, z udziałem logopedy. Obowiązuje gimnastyka rytmiczna i udział w chórze. Wszystko to ma na celu stworzenie rozmaitości w stosunkach z otoczeniem, zarówno w odniesieniu do osobowości, jak i do techniki mowy, a więc: współdziałanie we wszystkich rodzajach życia, podniesienie poziomu umysłowego i wzbogacenie upośledzonej mowy.

W trzecim miesiącu wreszcie organizuje się oddziały dla działalności poza zakładem. Te konferencje znów mają podwójny cel: z jednej strony — indywidualnie leczniczy, z drugiej zaś — profilaktykę chorób mowy. Pod

koniec leczenia odbywa się konferencja logopedy z kuracjuszami, która ma na celu ostrzeżenie ich przed możliwością nawrotu choroby oraz podanie zasad higjeny psychicznej i specjalnie higjeny mowy. Zaleca się zwykle byłym pacjentom poświęcać dwa razy dziennie po pół godziny na liczenie od 100 do 1 i odwrotnie, powtarzanie opowiadania przed lustrem oraz daje się rady psychoortopedyczne. Przed odejściem chory staje znowu przed swoją grupą, streszcza przebieg i wyniki swego leczenia i otrzymuje (w obecności logopedy) życzenia i rady swych współtowarzyszy.

Pytano często, czy tego rodzaju leczenie może być połączone z zawodowem zajęciem chorego. Doświadczenie uczy, że w czasie leczenia nie jest pożądane zupełne zrywanie chorego z dotychczasowem życiem codziennem, ponieważ zatraciłby nabyte przyzwyczajenie do regularnej pracy, znajdując zadowolenie w przewlekłym przebiegu choroby, — i stałby się skłonnym do nawrotów. Urlop jest pożądany już w czasie pierwszej dwutygodniówki. Należy się wystrzegać przedłużania kuracji ponad 3 miesiące. W razie podejrzenia o nawrot zaleca się serję częściowych kursów z podjęciem się pracy i zwyczajów życia codziennego.

Grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób. Jeden lekarz przy pomocy 2—3 logopedów wystarcza na 40—60 pacjentów. Każdy osobnik powinien być u lekarza conajmniej raz na tydzień. Specjalną uwagę zwraca się na gimnastykę rytmiczną i śpiew chóralny.

Ilość wyleczeń zupełnych wynosi 60%.

N.

ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW NASENNYCH W PSYCHOTERAPJI. (Die Anwendung von Schlafmitteln in der Psychotherapie). — J. J. López Ibor. — Hiszpanja. — (Schweiz. med. Wschr. № 2, 1935 r.).

W celu zapoczątkowania hipnozy autor zaleca somnifen w dawkach 1,5 do 2 cm³. dożylnie. Dawki większe nie są wskazane, ponieważ występujące bezpośrednio po injekcji działanie nasenne przerywa kontakt z chorym. Przy powtarzaniu hipnozy można dawki stopniowo zmniejszać, aż wkońcu środka tego zupełnie zaniechać. Przygotowanie somnifenowe okazało się również skuteczne w przypadkach zapoczątkowania autogennego treningu w sensie Schultzego.

K. F.

O PRACY PSYCHOHIGJENISTY NA KLINICE NERWIC. (O psichogigieniczeskoj rabotie sredi bolnych kliniki niewrozof). — M. Tschalissoff. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichoniewrołogija №. 2, 1934 r.).

Celem uchronienia chorych przed urazami psychicznemi opuszcza się w nazwie kliniki słowo „psycho". W obecności pacjenta nie wymienia się diagnozy „schizofrenja", a nawet skrótu „sch", — mówi się natomiast „Bleuler". Chorych przestrzega się przed wzajemną konwersacją na temat ich cierpienia; poddaje się ich ścisłemu porządkowi domowemu oraz podziałowi czasu całodziennego i zaprowadza się wśród nich „socjalistyczne współzawodnictwo". W tym celu chorzy za zgodą lekarza wybierają ze swego grona „brygadjera". Regularnie odbywają się dla pacjentów wykłady lekarskie, w których szczególnie podkreśla się lecznicze znaczenie pracy. Prócz tego urządza się dla nich wieczorki literackie. Ciekawą — również dla lekarza — jest księga, w której pacjenci z okazji opuszczania zakładu zapisują swe wrażenia.

K. F.

PSYCHOPATOLOGJA SĄDOWA.

TAK ZWANA POCZYTALNOŚĆ ZMNIEJSZONA W UJĘCIU KRYTERJÓW PRAWNYCH, PSYCHJATRYCZNYCH I ŻYCIOWYCH. — W. Łuniewski. — (Odczyt wygłoszony na XV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich).

1. Psychjatryczynym odpowiednikiem tego, co Kodeks Karny zalicza do ilościowych zmian poczytalności in minus, a mianowicie do t. zw. poczytalności zmniejszonej, nie są bynajmniej ilościowe, lecz jakościowe zmiany psychiki, które w zależności od rodzajów tych zmian, wymagają różnych metod postępowania.

2. W przeciwstawieniu do procesów chorobowych psychiki, które decydują o całkowitej niepoczytalności osób, dotkniętych temi procesami i stawiają je poza nawiasem oceny wartościowej, stany poczytalności zniekształconej, nazywanej poczytalnością zmniejszoną, nie wykluczają ocen wartościowych.

3. W licznej grupie osób, które odpowiadają warunkom, określającym stan ich poczytalności zmniejszonej, tylko bardzo nieznaczna część nie przedstawia niebezpieczeństwa dla porządku prawnego i kwalifikuje się bez zastrzeżeń do nadzwyczajnego złagodzenia kary.

4. Przeważająca większość osób, ograniczonych w możności rozumienia znaczenia czynów lub w możności kierowania swem postępowaniem, przedstawia duże niebezpieczeństwo dla porządku prawnego w społeczeństwie i wymaga nie skrócenia terminu kary, jako konsekwencji nadzwyczajnego jej złagodzenia, lecz przeciwnie — przedłużenia czasu sekwestracji w warunkach ograniczenia wolności i stałej kontroli.

5. Ponieważ czasu trwania potrzeby ograniczenia wolności przestępców mniej wartościowych nie da się zgóry określić, należy uważać dodatkowe zastosowanie środków zabezpieczających w stosunku do tych przestępców za uzasadnione i celowe.

6. Jeżeli ze stanowiska podstaw obowiązującego prawa, oprócz zastosowania środków zabezpieczających, zachodzi także konieczność wymierzenia kary, to wykonanie jej powinno poprzedzać zastosowanie środków zabezpieczających.

7. Ze względów psychologicznych byłoby rzeczą pożądaną, aby czas trwania środków zabezpieczających mógł być warunkowo określany zgóry, a także skracany lub w miarę potrzeby przedłużany.

8. Stanowiąc część składową programu polityki kryminalnej, system środków zabezpieczających nie może ograniczać się jedynie do umieszczania przestępcy w zakładzie leczniczym, lecz powinien stanowić całość, pozostającą pod jednolitym kierunkiem.

9. Zamknięty zakład dla psychicznie chorych nie jest miejscem odpowiedniem dla bezterminowego przetrzymywania przestępców mniej wartościo-

wych. Przeważająca bowiem większość tych przestępców wymaga takich rygorów, których w zakładzie leczniczym, jakim jest współczesny zakład psychjatryczny, nie da się zastosować.

10. Ze względu na to, że nie posiadamy w rzeczywistości tego całkowitego systemu postępowania z psychicznie mniej wartościowymi przestępcami, jakiego wymagają właściwości psychiczne tej kategorji przestępców i pozostaje do wyboru tylko więzienie lub zakład psychjatryczny, tak jak to było przed wejściem w życie K. K. 1932 r., — przepis prawa, legalizujący t. zw. poczytalność zmniejszoną, nie znajduje odpowiednika w życiu i staje się wobec tego bezprzedmiotowym.

11. Zarówno w ujęciu zasad odpowiedzialności, jak i w konsekwencjach praktycznych zmniejszona odpowiedzialność nie różni się w istocie rzeczy od całkowitej nieodpowiedzialności. W orzeczeniach psychjatrycznych możemy się uciekać do poczytalności zmniejszonej jedynie tylko na podstawie tych samych wskazań, jakiemi kierujemy się przy stwierdzaniu niepoczytalności. Poza nielicznemi wyjątkami nie mamy faktycznie możności rozszerzenia tych wskazań do stanów t. zw. pogranicza.

12. Do czasu wprowadzenia w życie bardziej celowych środków zabezpieczających dla przestępców psychicznie mniej wartościowych wyodrębnianie ich pod szyldem t. zw. poczytalności zmniejszonej pozostanie nadal fikcją, nie mającą realnego odpowiednika.

Autoreferat.

„POŁĄCZENIE" TRAUMATYCZNEGO ROZWOJU Z PROCESUALNEM ZACHORZENIEM ORAZ ICH SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNA OCENA. („Soczetanie" trawmaticzeskago rozwitija s processualnym zabolewanijem i jego sudiebno - psichiatriczeskaja ocena). — S. K. Beruksztis. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Newropatołogija, Psichiatrija i Psichogigijena № 1, 1935 r.).

Na podstawie szczegółowej analizy trzech przypadków sądowo-karnych, gdzie uraz mózgu i nerwica pourazowa splotły się ściśle i zawile z łagodnym schizofrenicznym procesem, wysnuwa autor następujące refleksje:

praktyka sądowo-psychjatryczna wymaga należytego metodologicznego przygotowania oraz jasności w ocenie takich jak wyżej wypadków; ocena zaś winna zawierać:

1) wyjaśnienie, jakie defekt organiczny posiada nasilenie i jak głęboko proces jest zakorzeniony,

2) porównawcze zestawienie sił „traumatycznej pozostałości", które dawałoby możność oceny zdolności ustroju do kompensowania się jego socjalnej osobowości w walce z procesem,

3) stopień przewagi w obrazie klinicznym jednego czynnika nad drugim wzgl. wyjaśnienie charakteru i wzajemnego ich stosunku,

4) analizę samego czynu naruszającego prawo i wszystkich zagadnień psychologicznych, które ten czyn wyłania.

W każdym razie przypadki omawianych zachorzeń nadają się raczej do instytucyj poprawczych oraz przymusowej pracy i stanowią wdzięczny materjał do psychohigjenicznego opracowania i przemyślenia w miejsce pozbawiania wolności.

O. B.

ZAGADNIENIA CHARAKTERU, KONSTYTUCJI, DZIEDZICZNOŚCI, RASY.

ETJOLOGJA ZESPOŁÓW MANJAKALNO-DEPRESYJNYCH ZE SPECJALNEM UWZGLĘDNIENIEM BADAŃ NAD BLIŹNIĘTAMI. (The etiology of manic-depressive syndromes with special reference in their occurrence in twins). — A. J. Rosanoff, L. M. Handy i I. Rosanoff-Plesset. — Stany Zjedn. A. P. — (Amer. J. Psych. № 91, 1935 r.).

Przeprowadzono badania nad 90 par bliźniąt, w tem 23 pary jednojajowych. Wśród jednojajowych w 16 przypadkach stwierdzono chorobę u obojga bliźniąt, a wśród 67 dwujajowych — tylko w 11. Płeć w dziedziczeniu odgrywa też dużą rolę, — dowodem tego fakt, że na 32 pary różnopłciowych bliźniąt chorowało obydwoje tylko w 3 przypadkach, bliźnię męskie w 5 a żeńskie aż w 24. Po dłuższej analizie autorzy stwiedzają fakt następujący: psychozę manj.-depr. dziedziczy się w ten sposób, że czynnik cyklotymiczny jest autosomiczny a prócz tego istnieje jeszcze uczynniający chromosom X; dzięki tej kombinacji istnieje szereg możliwych do wydedukowania odmian klinicznych.

jd.

MAŁŻEŃSTWA WŚRÓD KREWNYCH. (Ehen zwischen Blutsverwandten.) — E. Rüdin. — Niemcy. — (Münchener Med. Wschr. № 2, 1935 r.).

Kwestję, czy młody człowiek, którego siostra cierpi na padaczkę, winien mieć zastrzeżenia przeciw zawarciu małżeństwa z kuzynką II-go stopnia oraz czy istnieje niebezpieczeństwo późniejszego pojawienia się padaczki u potomków takiego małżeństwa, rozstrzyga autor następująco: małżeństwa wśród krewnych należy, według obecnych poglądów, uważać za dopuszczalne, o ile się ma pewność, że w rodzinie, do której obaj partnerzy należą, nie istnieją żadne ukryte choroby dziedziczne. W konkretnym przypadku brat epileptyczki ma zamiar zawrzeć związek małżeński z partnerką, która jest kuzynką II-go stopnia chorej na padaczkę. O ile dokładne badanie całej rodziny partnerki nie wykryłoby istnienia w tej rodzinie przypadków padaczki, natenczas nie byłoby powodu odradzać zawarcia planowanego małżeństwa, chociażby potomstwo z tego małżeństwa było bezwzględnie bardziej zagrożone, aniżeli przeciętnie. Możliwość zachorowania na padaczkę leżałaby tu pomiędzy 0,5—3 %.

L. Bambauer.

O ISTOCIE I UKSZTAŁTOWANIU SIĘ CHARAKTERU. (Über das Wesen und die Entstehung des Charakters). — F. A. Gemelli. — Niemcy. — (Internat. Individ. Psychol. Z. № 13, 1935 r.).

Autor widzi zadanie charakterologji w konsekwentnem badaniu przyczyn postępowania ludzkiego. Dzieląc pogląd Adlera, zarzuca dziedziczne ob-

ciążenie („przygwożdżenie") charakteru, nie zaprzecza wszakże temu, by oceny morfologiczne, indywidualne, rodzinne oraz rasowe, przechodząc na potomstwo, nie odgrywały pewnej roli przy kształtowaniu się charakteru. Uważa jednak, że większy wpływ na rozwój charakteru mają czynniki socjalne.

L. Bambauer.

O KORELACJI KLINICZNO-BIOLOGICZNEJ. (Des corrélations clinico-biologiques). — S. I. Frankstein. — Francja. — (L'Hygiène Mentale № 2, 1936 r.).

Istnieje pewne wzajemne ustosunkowanie się pomiędzy chorobami cielesnemi a psychicznemi.

Tak np. rak u chorych psychicznie, rzadkim bywa zjawiskiem, co jednakże wymaga dalszych sprawdzeń. Najbardziej szczegółowo badano w ostatnim czasie zszeregowanie konstytucyjne według grup krwi. Grupa „O" idzie najczęściej w parze z rozpadem osobowości, grupa zaś czwarta „A" „B" — z psychozami okresowemi.

Należy sądzić i wierzyć, że również płeć, jako właściwość biologiczna, odgrywa zdecydowaną rolę w ustosunkowaniu się wzajemnem rozpatrywanych przez autora zjawisk chorobowych.

K. Wize.

LECZENIE CHIRURGICZNE USTROJOWYCH SCHORZEŃ PSYCHICZNYCH. (Constitutional surgery treatement of mental diseases). — J. Bennett. — Stany Zjedn. A. P. — (Psych. Quart. № 8. 1935 r.).

Autor zwraca uwagę na fakt częstego zaniedbywania dość znacznych nieraz schorzeń organicznych w psychozach. Podkreśla, że często leczenie chirurgiczne psychotyków, dotkniętych np. przerostem migdałków, zaburzeniami narządów rodnych (u kobiet) i innych, daje duże poprawy. Statystyka i kazuistyka wyglądają tu przekonywująco i zachęcająco.

jd.

ANTROPOLOGJA KRYMINALNA A ENDOKRYNOLOGJA. (L'antropologia criminale e l'endocrinologia). — M. Carrara. — Włochy. — (Arch. di Antrop. crimin. № 55, 1935 r.).

Autor już przed 20 laty zwracał uwagę na znaczenie zaburzeń gruczołów wewnątrzwydzielczych dla antropologji kryminalnej, wskazując na organiczne podłoże przestępczości. Obecnie dokładna znajomość tych zaburzeń, zwłaszcza funkcji tarczycy i przysadki pozwala wnioskować, że nieprawidłowości rozwoju i konstytucji są niezawodnie następstwami wspomnianych zaburzeń hormonalnych. Częste zbieganie się fizycznych anomalij konstytucjonalnych z konstytucją przestępczości wzbudziło zainteresowanie antropologów, którzy na podstawie swych badań skłonni są potwierdzić istnienie związku pomiędzy zaburzeniami równowagi wewnątrzwydzielczej i neurowegetatywnej a spaczeniem instynktu.

Wkońcu omawia autor zagadnienie związku zaburzeń gruczołów dokrewnych i prostytucji w świetle nauki o dziedziczeniu skłonności do prostytucji.

L. Bambauer

OCENY.

J. L a n g e: KURZGEFASSTES LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE. (G. Thieme, Lipsk 1935 r. Str. 254).

Podręcznik bardzo krótki, przeznaczony, jak autor sam powiada we wstępie, dla studentów i, choć w mniejszym stopniu, dla lekarzy praktyków. Wskutek tego niezwykle jasny i prosty. Autor podaje tylko ogólnie przyjęte i uznane fakty, nie obciążając ich bibljografją i nie zapuszczając się w dyskusje. W całym podręczniku zamieszcza jedynie kilka standardowych nazwisk. Po wstępie, określającym różnice pomiędzy psychjatrją a innemi dziedzinami medycyny i wynikającemi stąd także różnicami w badaniu, podaje L. krótko (na 56 stronach) ogólną psychopatologję; po niej omawia etjologję ogólną i zespoły psychopatologiczne. Odróżnia następujące zasadnicze zespoły: exogenny, spazmodyczny, dyskinetyczny, omamowy, urojeniowy, emocjonalny i ogólno-nerwowy. Dalej omawia autor poszczególne postacie kliniczne, trzymając się wykazu nozologicznego Niem. Tow. Psych. W każdej jednostce podaje przyczyny, obraz kliniczny, rozwój, anatomję, rozpoznanie, leczenie i zapobieganie. W tej części książki omawia każdą chorobę z punktu widzenia niemieckiej ustawy eugenicznej. Tak więc przechodzi kolejno autor: oligofrenję, psychozy po urazach czaszki, psychozy kiłowe, nagm. zapalenie mózgu, psychozy wieku starczego, psychozy w przewlekłych schorzeniach mózgu, objawowe, alkoholizm, narkomanje, zatrucia, padaczkę, schizofrenję, psychozę manj.-depresyjną, psychopatje i niemoralne reakcje psychiczne. Indywidualne poglądy autora przewijają się bardzo dyskretnie i rzadko. Tak więc w etjologji choroby Tay-Sachsa przychyla się wyraźnie do koncepcji patogenetycznej Spielmeyera, Bielschowskiego i Kufsa; w leczeniu porażenia postępującego ostrzega przed podawaniem gorączki sodoku (gorączka szczurza). Poraz pierwszy w podręczniku psychjatrji omawia się oddzielnie hypertonję samoistną, autor dalej jest mniej, niż inni, skłonny do całkowitego włączenia omamicy alkoholowej w ramy schizofrenji, nie neguje atoli „terenu" schizofrenicznego; w leczeniu morfinistów jest za natychmiastowem pozbawieniem chorego narkotyku; w schizofrenji podkreśla częstsze, niż dotąd przyjmowano, zejścia pomyślne, gdyż ponad 15% przypadków nie wykazuje, według autora, końcowych faz dementywnych, które zresztą nie są zupełnem conditio sine qua non procesu schizofrenicznego; przyjmuje w końcu pokrewieństwo geniczne między paranoią a schizofrenją i parafrenją. Przy ogólnem omawianiu leczenia streszcza wszystko, co było powiedziane w poprzednich rozdziałach, daje wskazania dla internowania, podkreśla metodę leczniczą, stosowaną w zakładach, zaznacza przytem, że posuwanie się zbyt dalekie w systemie no restraint jest często dla chorego i jego współtowarzyszy szkodliwem; uznaje konieczność krótkiej izolacji wzgl. mokrych owijań. Przy omawianiu psychoterapji poświęca dużo miejsca F r e u d o w i. Zaznacza, że choć nie każdy może być psychoterapeutą, powi-

wien jednak wiedzieć, który przypadek nadaje się do otwartej psychoterapji, a który musi być odrazu skierowany do zakładu zamkniętego. Wkońcu omawia syntetycznie ostatnią ustawę steryfizacyjną i przypuszcza, że zmniejszy ona jedynie ilość niektórych chorób psychicznych. Podręcznik zamyka metodyka badania, orzecznictwa i szereg testów.

J. Dretler

W. Riese: DIE ERLEBNISFORMEN DES ALTERNS. (C. Marhold, Halle/S. Str. 84).

Pojęcie starzenia się ujmuje autor z punktu widzenia psychologicznego i biologicznego, cytując szereg autorów, którzy już poprzednio tem zagadnieniem się zajmowali. Do badań swych autor zastosował metodę ankiety (odpowiedzi na pytania oraz luźne uwagi), rozesłanej do osób starszych i młodych (materjał kontrolny). Otrzymane 350 odpowiedzi omawia R. z dwu punktów widzenia: opisu faktów i analizy psychologicznej. W części I. stwierdza, że poczucie starości jest związane z poczuciem cielesnem, przyczem najłatwiej daje się ono spostrzec w dziedzinie motoryki, potem kolejno co do częstości idą różne dolegliwości: sfery nerwowej, zmysłowej, skóry, ogólne niedomagania, dolegliwości sfery płciowej, narządów krążenia i trawienia. W ustosunkowaniu się danego osobnika do starości odróżnia autor 3 typy: negatywistyczny (zaprzeczający kategorycznie starzeniu się), korelatywny (odczuwający starzenie się w stosunku do młodości otoczenia) i emocjonalno-filozoficzny. W II. części stara się autor dać przekrój psychologiczny starca z jego brakiem zainteresowania do teraźniejszości, zwrotem do przeszłości, wzrastającym lękiem przed śmiercią i ogólnem zniechęceniem. Autor podkreśla, że zaburzenia psychiczne nie idą równolegle z dolegliwościami cielesnemi.

Broszurę ilustruje dużo protokółów i obfita bibljografja.

J. Dretler.

Bechterew: KOLLEKTIVE REFLEXOLOGIE. (C. Marhold, Halle/S. Str. 56).

Autor omawia w swej broszurze (wydana dopiero po jego śmierci) zagadnienie — o ile socjologja jest nauką biologiczną, o ile zaś psychologiczną, a więc według B., subjektywną. Referuje szereg autorów, zajmujących się również tem zagadnieniem, i dochodzi do wniosku, że socjologja jest nauką biologiczną, a nawet zjawiska, uważane ogólnie za psychologiczne (mowa, pismo) dają się także zanalizować w sposób „objektywny"; nie należy jednak, według autora, pomijać również zjawisk czysto indywidualnych, wynikłych z dziedziczenia charakteru czy konstytucji. Następnie na kilku przykładach przedstawia rozwój pewnych uczuć społecznych, jako skomplikowanych odruchów warunkowych — jest nawet skłonny uważać życie społeczne za konglomerat takich, zachodzących na siebie systemów odruchowych, wyżłobionych kulturą czy nową ideologją. — Podaje przykłady rozmaitych kolektywów o różnych celach i okresach trwania (zbiegowisko, ludzie w pociągu, w teatrze, wojsko w czasie bitwy, towarzystwo naukowe, klasa społeczna, państwo itp.). Następnie omawia rzekomą antytezę pomiędzy indywiduum a zbiorowością, dowodząc, że taka antynomja jest winikiem specjalnych warunków społecznych. Przy omawianiu „zbiorowej psychiki" sprzeciwia się poglądom Le Bona i szkoły pozytywistów, nie podaje jednak na to miejsce innych, własnych koncepcyj.

J. Dretler.

W e y g a n d t: LEHRBUCH DER NERWEN UND GEISTESKRANHEITEN. (C. Marhold, Halle/S. 1935 r. Str. 640).

Poraz pierwszy ukazuje się w literaturze lekarskiej książka, omawiająca w jednym tomie łącznie choroby psychiczne i nerwowe. Dzieje się to, jak wyjaśnia wydawca, z tego powodu, że na wydziałach lekarskich w Niemczech oba przedmioty stanowią całość i są razem wykładane.

M e g g e n d o r f e r omawia bardzo szczegółowo podstawy dziedziczenia endogennych chorób psychicznych i dziedzicznych chorób nerwowych. Przy omawianiu czynników zewnętrznych zwraca uwagę na zespoły zewnątrzpochodne i na konieczność analizy strukturalnej, któraby kombinacje odmiennych genetycznie zespołów potrafiła zespolić w całość kliniczną.

W e y g a n d t opisuje szczegółowo pomiary antropologiczne i wszystkie możliwe zaburzenia rozwojowe zewnętrzne i organów wewnętrznych, które spotyka się psychicznie u chorych.

W a l t e r omawia diagnostykę krwi i płynu mózg.-rdzen., podając przytem krótko metodykę najważniejszych badań płynu oraz tabelę z krzywemi typowemi w reakcji złotowej i mastixowej. Krótko wspomina także o odmie czaszkowej i dokomorowej oraz badaniu worka oponowego środkami kontrastowemi.

Psychopatologję omawia G r u h l e — bardzo jasno i zwięźle, nie wstrzymuje się jednak od polemiki z przeciwnikami szkoły heidelberskiej.

Anatomję patologiczną omawia S c h o l z. Rozdział ten jest przesiąknięty wpływami S p i e l m e y e r a. Po części ogólnej omawia autor krótko najważniejsze zespoły anatomo-patologiczne, poczem przechodzi do części szczegółowej. Omawia w niej zapalenia, sprawy naczyniowe, zaburzenia rozwojowe, guzy, schorzenia układu nerwowego przy chorobach cielesnych i endogennych. Diagnostykę i prognostykę omawia W e y g a n d t, który podaje również leczenie psychjatryczne. Jest on zdecydowanym zwolennikiem nowej ustawy eugenicznej, po której spodziewa się wiele. Lekceważąco wyraża się o F r e u d z i e i całym ruchu, stworzonym przez niego. Podaje spis prawie wszystkich używanych środków uspokajających i narkotyków barbiturowych. Krótko omawia urządzenie zakładu i leczenie zakładowe. Przy omawianiu leczenia schorzeń nerwowych poświęca wiele uwagi elektroterapji oraz rozwijającej się w Niemczech neurochirurgji. (Autor zna z pomiędzy „obcych" neurochirurgów tylko C u s h i n g a i O l i v e r c r o n a).

Część sądowno-psychjatryczną omawia R i t t e r r h a u s.

W części drugiej książki klinicznej omawia K i h n schorzenia nerwów obwodowych i choroby układu roślinnego. S t e r t z podaje diagnostykę, zespoły oraz główne schorzenia rdzeniowe. V e r a g u t h przedstawia krótko, ale bardzo przejrzyście diagnostykę mózgu, główne choroby mózgowia oraz choroby opon. K e h r e r referuje schorzenia układu pozapiramidowego. M e g g e n d o r f e r w rozdziale o kiłowych psychozach i chorobach mózgu omawia osobno kiłową halucynozę Plauta, — jest zwolennikiem wyodrębnienia psychoz wiądowych. Psychozy wieku przejściowego i starczego referuje K i h n, podczas gdy W e y g a n d t zatrzymał opracowane przez siebie, zaburzenia rozwojowe. Schizofrenję opisuje W e y g a n d t, G r u h l e psychozę manj.-depresyjną, a R o s e n f e l d — zatrucia i schorzenia zewnątrzpochodne. Ze

względu na żywy kontakt z kolonjami podaje Weygandt krótko główne psychozy tropikalne i schorzenia układu nerwowego, spotykane w kolonjach. Schorzenia przy zatruciach wewnątrzpochodnych oraz dyskrinje omawia Stertz, poczem Weygandt opisuje padaczkę, Gruhle psychopatje i nienormalne reakcje psychiczne i znowu Weygandt — patalogję seksualną.

Książkę uzupełnia szereg dobrze dobranych rzutów na dzieje poszczególnych chorób. Pomysł połączenia obu dotychczas osobno omawianych dziedzin okazał się szczęśliwym. Mimo tendencji do podkreślania tylko niemieckich zdobyczy naukowych (w całej książce jest jednak kilka nazwisk nie niemieckich) podręcznik ten może stać się pożytecznym dla każdego, kto interesuje się obydwiema naukami, a nawet może być dobrym doradcą dla początkującego neurologa i psychjatry.

J. Dretler.

Cramer: ÜBER DIE URSACHEN DER NERVOSITÄT BEI KINDERN. (C. Marhold, Halle/S. Str. 76).

W popularnie napisanej broszurce autor podaje główne przyczyny zewnątrzpochodne stanów „nerwowych" u dzieci. Podkreśla również błędy, popełniane często przez rodziców przy wychowywaniu swego potomstwa. W klasyfikacji zaburzeń trzyma się schematu Moebiusa. Przy terapji, która jest, według autora, zajęciowo-rygorystyczna, o Freudzie i całym nowoczesnym ruchu psychoterapeutycznym i pedagogicznym — ani słowa.

J. Dretler.

W. Stern: HELLEN KELLER, DIE ENTWICKLUNG UND ERZIEHUNG. (C. Marhold, Halle/S. Str. 76).

Po wstępie, zaznajamiającym czytelnika z wychowywaniem dzieci ociemniałych i głuchoniemych, przechodzi autor do życiorysu Hellen Keller, słynnej ociemniałej głuchoniemej, poczem na podstawie jej pamiętnika podaje analizę psychologiczną jej rozwoju. Zapoznając czytelnika z poszczególnemi fazami rozszerzania się jej zakresu słów, pojęć, łączenia przedmiotów dotykanych z odpowiedniemi znakami alfabetu dla głuchoniemych, autor podaje również, w jakim stosunku pozostaje rozwój H. K. do rozwoju pełnowartościowego dziecka. W rozważaniach ogólnych natury teoretycznej dochodzi do przekonania, że wiele z wynurzeń H. K. (np. omawianie wartości estetycznych, rozkosz, jaką odczuwa H. K. przy „słuchaniu" muzyki i in.) należy przypisać jej autosugestji lub iluzji, pokrywających jej poczucie mniejszej wartości. Przypadek ten jest też niezwykle ciekawy dla psychofizjologji kształtowania się ogólnego pojęć, rozwoju świata znaczeń i symboli oraz uczenia się pisma. „Świat" został przez H. K. zdobyty w ten sposób, że wchłonęła ona naprzód rzeczowniki, potem czasowniki, potem relacje i stosunki pomiędzy rzeczownikami, wkońcu przymiotniki i pojęcia ogólne. Tę tak bardzo ciekawą broszurę kończą uwagi pedagogiczne na temat głuchoniemych, niewidomych oraz notatki, zebrane z obserwacyj nad innemi, podobnymi do H. K. przypadkami. Autor podnosi stale genjusz pedagogiczny nauczycielki H. K. — Miss Sullivan, która w dziedzinie wychowania dzieci, pozbawiony ich poszczególnych zmysłów, stworzyła nową erę.

J. Dretler.

M ö n k e m ö l l e r. GEISTESSTÖRUNG UND VERBRECHEN IM KINDESALTER. (Reuter & Reichard, Berlin. Str. 104).

Broszurę rozpoczyna statystyka przestępczości wśród dzieci w Europie. Następnie M. omawia stosunek zbrodni do osobowości zbrodniarza, wyróżnia specjalną „fizjologiczną“ zbrodniczość dzieci, potem zastanawia się nad ustaleniem wieku, w którym może nastąpić pełna odpowiedzialność prawna. Dalej mówi, jakie psychozy najłatwiej usposabiają dzieci do zbrodniczości: są niemi głównie epilepsja i psychopatje, często też odgrywa tu rolę alkoholizm lub nawet narkomanje. Ostrzega przed możliwością symulacji. Podaje następnie wszystkie „stigmata degenerationis“, które mogą świadczyć o zaburzeniach psychiczny. Autor specjalnie podkreśla wybitny wpływ środowiska na zbrodniczość dzieci, skłonnych do chorób umysłowych lub niedorozwoju. Statystyka przestępstw, dokonanych przez dzieci, wykazuje, że u dzieci i młodzieży męskiej dominują kradzieże i uszkodzenia ciała, podczas gdy u dziewcząt włóczęgostwo, kradzieże i obraza moralności publicznej. We wnioskach praktycznych autor żąda badania każdego młodocianego przestępcy przez psychjatrę, niestawiania ich przed zwykłe trybunały przysięgłych oraz nieskazywania ich na karę więzienia. Jest zwolennikiem odpowiednio prowadzonych, nie pozostających w związku ze zwykłemi zakładami dla umysłowo chorych, internatów reedukacyjnych.

J. Dretler.

NOUVEAU TRAITÉ DE MEDECINE. (Tom XX. Patologja układu nerwowego cz. IV. — Masson, Paris. Str. 970).

Ostatni (w kolejności chronologicznej, a III według planu) tom najważniejszego dzieła francuskiego, poświęconego neurologji, jest, jak i poprzednie, zakrojony na bardzo wielką skalę, nie ustępującą zupełnie największym „Handbuchom“ niemieckim, tylko znacznie od tamtych tańszy (kosztuje 85 frf. — około 30 zł.) Jest rzeczą niemożliwą streścić całe dzieło — zajęłoby to miejsce krótkiego podręcznika neurologji. W tomie tym patologję wśródmóżdża omawiają G u i l l a i n i A l a j o u a n i n e. Jak i w poprzednich tomach, tak i w tym omawia się materjał najpierw zespołami, ważnemi dla lokalizacji potem i już znacznie krócej — schorzeniami. Ci sami autorzy przedstawiają zespoły opuszkowe, przyczem omawiają dokładniej patogenezę i lokalizację myoklonji, którym G u i l l a i n poświęcił w ostatniem pięcioleciu szereg badań. Bardzo dokładnie omawiają G. i A. diagnostykę i terapję chirurgiczną guzów kąta mostowo-móżdżkowego. Następnie ci sami autorzy przedstawiają patologję tyłomóżdża, dołączając na końcu opis porażeń opuszkowych i myastenję. Patologję nerwów czaszkowych omawia F r o m e n t, zaburzenia nerwu ocznego F r o m e n t i C o l r a t: schorzenia opon referuje H a g u e n a u, który opiera się głównie na nieskończonej pracy swego mistrza S i c a r d a. Patologja rdzenia wyszła z pod pióra L e r i e g o i T h i e r s a, zaburzenia płciowe i zwieraczy opisali L e r i i L i è v r e. L e r i i obaj jego uczniowie zredagowali również rozdziały o urazach rdzenia, hematomyeliach, ropniach rdzeniowych, ostrych zapaleniach rdzenia, i o wiądzie rdzenia. Patologję wielosznurową (F r i e d r e i c h, M a r i e, S t r ü m p e l l, D e j e r i n e - S o t t a s itd.) opisał C r o u z o n, kiłę rdzenia — C h a t e l i n, przewlekłe zaniki mięśniowe — L e r i i T h i e r s. Ci sami autorzy przedstawiają współczesny stan wiedzy o sclerosis lat. amyotr. W rozdziale o syringomyeli pióra A l a j o u a-

n i n e'a uderza prawie zupełne pominięcie teoryj patogenetycznych, opierających się na zaburzeniach rozwojowych. Stwardnienie rozsiane omówili L e r i i T h i e r s. Dzieło, przy którem pracowali czołowi neurologowie francuscy, jest rzeczywiście najlepszem świadectwem tego, co neurologja francuska zdziałała od czasów C h a r c o t a. Dzieło to nie nadaje się do „przerzucenia" lub choćby nawet do uważnego przeczytania „od deski do deski", — jest to stały doradca każdego klinicysty, do którego musi ciągle nawracać, studjując coraz to inne rozdziały, w zależności od potrzeby chwili. Także i psychjatra, nie zajmujący się specjalnie neurologją, znajdzie w tem pomnikowem dziele zawsze kopalnię wiedzy teoretycznej i rad praktycznych.

J. Dretler.

C. P a s c a l. CHAGRINS D'AMOUR ET PSYCHOSES. (Doin & Com. Edit. Paris. 1935 Str. 162).

W książce pod tym nieco sensacyjnie brzmiącym tytułem, autorka znana we Francji z rozpowszechniania idei K r e t s c h m e r a, wychodząc głównie z założenia psychoanalitycznego, usiłuje wyjaśnić szereg mechanizmów życia erotycznego. W części wstępnej omawia w sposób bardzo przystępny zasadnicze pojęcia psychoanalityczne oraz przedstawia obrazowo poszczególne piętra psychiczne. W rozdziale historycznym umieszcza ciekawą wzmiankę o chorym Hippokratesa, badanym i leczonym metodą „psychoanalityczną". — Z szeregu rozmów, oraz analizy snów, które terapeuta z Kos przeprowadził „w wygodnej dla chorego pozycji", wynikało niezbicie, że objawy chorobowe pacjenta są skutkiem przeniesienia jego miłości z matki na macochę oraz dawnych konfliktów z ojcem, nieżyjącym już w chwili choroby. Po tym niezbyt ogółowi psychjatrów znanym szczególe autorka zatrzymuje się nad postaciami Le Bruyère'a czy Pascala, którzy wypowiadali zdania, mogące uchodzić za zapowiedzi tez Freuda. W ostatnich czasach Schopenhauer, a także i (głównie) Nietsche torowali również drogę koncepcjom psychoanalitycznym. Ciekawa jest próba analogji pomiędzy Bergsonem a Freudem, zwłaszcza w dziedzinie koncepcyj dynamicznych psychiki.

W dalszych rozdziałach omawia autorka mechanizmy psychiczne, które działają w chwili nawiązania kontaktu psychicznego, nasycenia oraz w chwili przejścia uczucia miłości w nienawiść. Następnie omawia zdradę, niewierność, zazdrość i inne objawy psychopatologiczne z zakresu życia erotycznego. W części następnej książki podaje szereg klinicznych, popularnie dobranych przykładów dla wykazania sposobu kształtowania się objawów przez niewyżyte tendencje erotyczne w życiu, poprzedzającem psychozę. W zakończeniu występuje autorka przeciw pesymizmowi F r e u d a, który uważa, że kultura współczesna, jako antyseksualna, musi coraz częściej doprowadzać do zaburzeń psychicznych. C. P. imputuje F r e u d o w i także tendencję do uznania „wolności seksualnej", jako przeciwwagi rygorów kultury.

Przypuszcza, że można mimo wszystko pogodzić rygor seksualny z trwaniem i rozwojem kultury współczesnej.

Książka C. P. napisana lekko i przystępnie, dająca nieorjentującym się w psychoanalizie pojęcie o niektórych koncepcjach F r e u d a, kończy się hołdem, oddanym F r e u d o w i: „Dzieło F. ma wielkość poetycką i j e j płodność, jego dziedzina i znaczenie przerasta zwykłe odkrycie naukowe".

J. Dretler.

SPRAWOZDANIA ZE ZJAZDÓW I TOWARZYSTW NAUKOWYCH.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA POZNAŃSKIEGO ODDZIAŁU POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO w dniu 17. III. 1934 r.

Po otwarciu posiedzenia przewodniczący wygłasza krótkie przemówienie, poświęcone pamięci zmarłych członków Towarzystwa, a mianowicie ś. p. prof. dr. Halbana, dr. Piotrowskiego i dr. Szumana. Obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Kol. Hrynkiewicz odczytuje protokół z poprzedniego zebrania. Protokół przyjęto. W następnym punkcie porządku dziennego Kol. Hrynkiewicz przedstawił 5 przypadków miażdżycy układu nerwowego pod względem anatom. z uwzględnieniem przebiegu klinicznego.

I-szy przypadek dotyczył pacjenta M. J., lat 61, u którego sekcyjnie stwierdziło się pierwotny wylew krwawy do komór oraz do opon na tle ciężkich zmian miażdżycowych. Klinicznie obserwowało się przez parę lat bóle głowy, poczem nagle wystąpił przedłużający się stan utraty przytomności z bardzo wczesnemi obustronnemi objawami spastycznemi, zaburzeniem w oddawaniu moczu i stolca. Już na podstawie przebiegu klinicznego można było w tym przypadku rozpoznawać wylew dokomorowy, co też późniejsza sekcja potwierdziła w zupełności.

W II-m przypadku, u chorej T. A., lat 59, stwierdziło się na sekcji rozległe ogólne zmiany miażdżycowe oraz świeże ognisko krwotoczne w istocie białej pr. półkuli mózgowej. Klinicznie przez kilka lat — napady padaczkowe, poprzedzane bólami głowy. Napady początkowo lekkie, objawiające się dziwacznem zachowaniem się przy stanach, przypominających krótkotrwałe zamroczenia, w dalszym przebiegu ustąpiły miejsca typowym napadom padaczkowym. Po kilkumiesięcznej przerwie wystąpił szereg napadów, po których rozwinął niedowład połowiczy lewostronny, ogólne podniecenie ruchowe i — po kilku dniach zejście śmiertelne. Obecność masywnego krwotoku, największe wymiary, którego wynosiły 4 cm. x 1,6 cm., przy równoczesnem oczywiście zniszczeniu utkania mózgowego w odpowiedniej okolicy, uniemożliwiła wcześniejsze wykazanie ewentualnie istniejących zmian tkankowych, które wyjaśniłyby nam podłoże anatomiczne dawniej obserwowanych napadów padaczkowych. Niemniej fakt, że aż do ostatniego pogorszenia się stanu napady nie zostawiały po sobie śladów w postaci niedowładów, wzmożenia odruchów, jakoteż fakt, iż badanie histopatologiczne okolicy motorycznej lewej półkuli nie wykazało uszkodzenia tkanki nerwowej — może nasuwać przypuszczenie, że napady padaczkowe przy miażdżycy mogą występować niezależnie od zmian ogniskowych jedynie jako wyraz czynnościowego zaburzenia krążenia.

W III-m przypadku u Z. S., mężczyzny lat 63, przy braku objawów rozwinął się niedowład połowiczy lewostronny bez utraty przytomności. Później objawy niedowładu cofnęły się, by w dwa lata potem, po paru dniach ogólnego lekkiego niedomagania, po tejże stronie wystąpiło porażenie z utrudnieniem jednoczesnem mowy przy zachowanej zdolności rozumienia. Po stronie porażonej wystąpiły objawy sztywności oraz od czasu do czasu kurcze, zaczynające się od mięśni twarzy i stopniowo rozszerzające się na kończynę górną i dolną po stronie porażenia. Źrenice przytem stale reagowały, w przerwach między napadami można było z pacjentem dość swobodnie się porozumieć. W płynie m.-rdz. b. duża pleocytoza (330 b. c.,

prawie same neutrofile) i 0,043 % białka, krzywe koloidowe w granicach normy — przy ujemnych odczynach specyficznych i ujemnym odczynie na obecność barwika krwi.

Na sekcji w pr. płacie czołowym stwierdzono duże ognisko krwotoczne, niszczące zwoje podstawowe i dochodzące do przedniego rogu pr. bocznej komory nigdzie jednak nie pozostające w kontakcie z samą komorą; nazewnątrz ognisko było oddzielone tylko wąskim, częściowo zniszczonym paskiem szarej substancji od opon miękkich. W obrębie ogniska wyróżniają się dwie części: przyśrodkowa, pochodzenia świeżego, oraz boczna, wypełniona również skrzepami, ale będąca raczej torbielą dawniejszego pochodzenia. Obie części pozostają w ścisłej ze sobą łączności, jedynie na niewielkim odcinku oddzielone są od siebie wąskim rąbkiem białej istoty półkuli.

Przypadek ten zastanawia przedewszystkiem ze stanowiska zmian płynowych. Zmiany płynowe posiadają tu charakter najbardziej zbliżony do zespołu, objętego mianem meningitis serosa. Potwierdza to brak zmian histopatologicznych o charakterze zapalnym w oponach i splocie. Sądzę, że zmiany płynowe dają się tu rozumieć najłatwiej jako odczyn zapalny na obecność wylewu krwawego w najbliższem sąsiedztwie opon, a zwłaszcza wyściółki komory. Jak wiemy, guzy corpus callosum przebiegają bardzo często ze znaczną pleocytozą, przyczem pleocytozę w takich przypadkach tłumaczy się bliskiem sąsiedztwem z wyściółką komór.

Dalszą interesującą tutaj sprawą są zaburzenia mowy, a mianowicie utrudnienie mowy przy zachowanej zdolności rozumienia. W pierwszej chwili nasuwałoby się przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z afazją ruchową, co byłoby zjawiskiem dziwnem przy ognisku w pr. półkuli u osobnika, gdzie w anamnezie niema żadnych danych do przyjęcia mańkuctwa. Jednakże sam fakt utrudnienia mowy przy ogólnym ciężkim stanie każe być bardzo ostrożnym z interpretacją tego zaburzenia w sensie afazji. Należy prawdopodobnie zaburzenie to rozumieć, jako wyraz diaschisis — szoku.

Wreszcie należałoby podkreślić jeszcze w tym przypadku obecność zespołu hormetonji Dawidenkowa (sztywność wczesna po stronie porażenia), co przy istnieniu kurczów połowiczych po stronie dotkniętej mogło nasuwać podejrzenie krwotoku dokomorowego. Całokształt jednakże objawów klinicznych i płynowych pozwalał z całą pewnością wykluczyć możliwość tego kwortoku.

W IV-m przypadku u chorej M. R., lat 50, początkowo podstępny przebieg, wyrażający się jedynie bólami głowy, poczem po kilku latach dobrego samopoczucia subjektywnego przyszło nagłe pogorszenie z objawami prawostronnego porażenia połowiczego i szeregiem objawów dodatkowych, jak przykre i uporczywe bóle w porażonych kończynach oraz zaburzenia mowy o charakterze afonji.

Anatomicznie stwierdzono, kilka ognisk rozmiękczynowych na tle miażdżycy, przyczem lewa półkula móżdżkowa wykazywała prawie zupełne zniszczenie szarej istoty przy zupełnem nienaruszeniu białej i jądra zębatego. Jedno z ognisk niszczyło wzgórze wzrokowe po lewej stronie, co tłumaczyłoby bóle w zakresie kończyn porażonych. Ognisko to poza częściowem zniszczeniem wzgórza wzrokowego powiększa się w kierunku doczołowym, dając dużą masę rozmiękłej tkanki mózgowej, w której trudno było odróżnić ciało prążkowane oraz torebkę wewnętrzną. Zniszczenie torebki wewnętrznej stanowiło podkład anatomiczny porażenia połowiczego. Zmiany drobnowidowe w obrębie jąder w rdzeniu przedłużonym tłumaczyłyby zaburzenia mowy oraz obserwowany na oddziale objaw zapaści bez odpowiednika ze strony serca. Przypadek ten jaskrawo różni się od poprzednich ze względu na charakter zmian naczyniowych. Jeśli tam miało się do czynienia przedewszystkiem z tem, co określają jako atherosclerosis i arteriosclerosis, to tutaj makroskopowo nie widziało się zmian w dużych naczyniach zupełnie. W preparatach histologicznych zaś rozległe zmiany szkliste dotykały i najmniejszych tętniczek oraz naczyń włosowatych. Rozległe zniszcze-

nie lewej półkuli móżdżkowej nie dawało żadnych wyraźnych objawów klinicznych, co możnaby częściowo tłumaczyć ogólnym ciężkim stanem pacjentki.

W V-m przypadku T. M., lat 61, od kilku lat bóle i zawroty głowy, parokrotny insult z objawami szybko ustępującego niedowładu połowiczego prawostronnego, zmiany ogólne psychiczne o charakterze zespołu organicznego. W płynie m.-rdz. 188 ciałek białych w 1 mm^3 przy 0,048% białka i krzywych koloidowych wypadniętych po stronie lewej — obok ujemnych odczynów specyficznych. Rozpoznanie kliniczne wahało się tu pomiędzy miażdżycą mózgu a kiłą (odczyny źrenic na światło opieszałe, krzywe koloidowe przesunięte w lewo). Badanie anatomiczne stwierdza jednak zmiany miażdżycowe na tle przewlekłej kiły naczyń, szereg drobnych ognisk rozmiękczynowych, obecność typowych kilaków, nacieki w oponach i ścianach naczyń. Mimo niewątpliwie czynnego procesu kiłowego w oponach, odczyny specyficzne były tu jednak ujemne.

Sekretarz: S. Hrynkiewicz.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA ODDZIAŁU POZNAŃSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO z dnia 21. IV. 1934 r.

Po otwarciu zebrania, odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia nastąpiło demonstrowanie chorych.

Kol. A. Dowżenko przedstawił: „Żebra szyjne z objawami nerwobólu splotu barkowego" (z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. P., Dyrektor Prof. Dr. S. Borowiecki). Pacjent S. P., lat 40, pracownik umysłowy. Do kliniki zgłosił się 7. III. 1934 r. ze skargami na dotkliwe bóle w całej lewej kończynie górnej. Bóle wystąpiły przed 7 tygodniami nagle i z różnem nasileniem trwają dotychczas. Ból jest rwący, łamiący, napadowy, często nie daje spać w nocy. Przerwy wolne od bólów są rzadkie i krótkie. Z powodu bólów ruchy ramienia lewego są ograniczone. Innych dolegliwości nie miał, natomiast zauważył, że od kilku lat lewa kończyna nie jest zupełnie „swobodna". W kierunku kiły nic pewnego nie ustalono. Dziedziczność bez znaczenia.

W klinice poza wymienionemi powyżej napadami bólów nie stwierdzono żadnych zmian objekt. ze strony układu nerwowego i kręgosłupa. W szczególności nie było w zakresie dotkniętej kończyny porażeń, zaburzeń czucia, zaników, upośledzenia odruchów. Także pnie nerwowe nie były bolesne na ucisk.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z dnia 8. III. 1934 r. wykazało zmiany nieznaczne, odczyny specyficzne w płynie i we krwi wypadły ujemnie. W Klinice w 2 dni po nakłuciu lędźwiowem wystąpiły również bóle rwące w prawej kończynie górnej, tudzież nasiliły się bóle w lewej kończynie górnej. Po kilku dniach bóle w prawej kończynie ustąpiły.

Ponieważ liczyliśmy się z możliwością istnienia żeber szyjnych, zwróciliśmy się do prof. Mayera z prośbą o wykonanie odpowiedniego zdjęcia roentg. Zdjęcie to potwierdziło nasze przypuszczenia — wykryło istotnie symetryczne żebra dodatkowe przy 7. kręgu szyjnym oraz pojedyńcze po stronie lewej 4. kr. Najbardziej prawdopodobnem wydaje się w tym wypadku, że czynnikiem drażniącym są nie symetryczne, dobrze wykształcone żebra przy C_7, lecz pojedyńcze żebro przy C_4, biegnące po stronie lewej z okolicy wyrostka poprzecznego C_4 ku dołowi i przechodzące przypuszczalnie w pasmo łącznotkankowe, zdążające do pierwszego żebra piersiowego. Pasmo to, napinające się przy ruchach oddechowych, daje większe możliwości drażnienia splotu barkowego, niż całkowicie skostniałe, mało ruchome żebro przy C_7. Zgadzałoby się to również z głównie jednostronnym charakterem cierpienia. W przypadku tym zatem żebro dodatkowe spowodowało jedynie obraz newralgji, nie dając bynajmniej t. zw. „zespołu żebra szyjnego" — z zanikami, zaburzeniami czucia, naczynioruchowemi i odżywczemi. Tego rodzaju przypadki uwidaczniają w sposób wybitny doniosłe znaczenie zdjęć roentgenowskich, które powinny być wykonywane we wszystkich przypadkach newralgji splotu barkowego. Kwesja,

dlaczego cierpienie ujawniło się dopiero w 40 r. życia, mimo istnienia przyczyny od urodzenia — nie jest jasna. Istnieją wprawdzie przypadki, w których udaje się wykazać jakiś dodatkowy czynnik etjologiczny — czy to mechaniczny w postaci dźwignięcia ciężaru, forsownych ruchów kończyny, retrakcji opłucnej przy gruźlicy szczytu, oziębienia, czy w postaci zaburzeń w przemianie materji. Faktem jest jednak, że newralgja brachialis występuje wogóle najczęściej właśnie po 40 r. ż. i że nieraz nie można stwierdzić, na jakiem tle się rozwinęła, a w przypadkach z żebrem dodatkowem — nie można wykryć czynników patogenetycznych. Co do leczenia, to w razie zaników, silnych bólów i t. p. istnieje wskazanie do zabiegu chirurgicznego w postaci usunięcia żebra i ew. pasm łącznotkankowych. Zabieg ten jest ciężki ze względu na pole operacyjne, sąsiedztwo pni nerwowych, naczyń i opłucnej. Dlatego też należy zaczynać leczenie od stosowania środków wpływających na przemianę materji. W naszym przypadku uzyskaliśmy dość znaczną poprawę po kuracji przeczyszczającej i zastrzykach atophanylu.

Kol. E. Jeżewska przedstawiła: „Leczenie bodźcowe szczepionką tyfusową w przypadku stwardnienia rozsianego o przebiegu ostrym".

Pacjent lat 18, z zawodu uczeń rzeźnicki, potum et ven. negat. Zgłosił do Kliniki 3. 2. 1934 r. ze skargami na znieczulenie i osłabienie kończyn. Choroba obecna rozpoczęła się na początku grudnia 1933 r. znieczuleniem lewej stopy, do którego po kilku dniach dołączyło się uczucie znieczulenia w obrębie lewej dłoni, nast. prawej stopy i prawej dłoni. Znieczulenie posuwało się stopniowo coraz wyżej, równocześnie kończyny słabły. Podczas pierwszych kilku dni choroby miał rzekomo podniesioną ciepłotę. W połowie stycznia 1934 r. wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. Od 24. 1. 1934 r. nie pracuje, chodzi wsparty na lasce. Bólów poza „rwaniem" w kolanach nie miał. Poprzednio nie chorował, jedynie w styczniu i lutym 1933 doznawał przez krótki czas podobnego uczucia znieczulenia w lewej stopie i dłoni, które jednak dość szybko i bez żadnego leczenia minęło.

Badanie cielesne w dniu 3. 2. 1934 r. dało następujące wyniki: prawy facialis w całości nieco słabszy, siła mięśniowa w wszystkich kończynach osłabiona, ruchy mniej sprawne, niż normalnie, co szczególnie silnie zaznacza się w kończynach dolnych; odruchy ścięgniste i okostnowe z kończyn górnych bardzo żywe — po lewej żywsze, niż po prawej; ślad drżenia zamiarowego, zwłaszcza po lewej. Clonus pedum et patellarum, Babiński, Rossolimo — obustronnie silniejsze po lewej; nadto po lewej niestały Oppenheim. Chód spastyczno-ataktyczny. Pacjent chodzi wsparty na lasce. Hipestezja i hipalgezja od D_{12} wdół, nasilająca się ku obwodowi. Położenia palucha obustronnie stale nie rozpoznaje. Płyn m.-rdz. (bad. 5. 2. 34. r.): ciałek w 1 mm^3 34,6, białka 0,045%, współcz. białk. 0,22; odczyn złotowy 121100; benz. — nie badany; Weichbrodt i Nonne — nie badany. Odczyny kiłowe ujemne (Wa i M. II).

W czasie pobytu w Klinice pacjent skarżył się na osłabienie wzroku, widział wszystko jak przez mgłę. Bad. okul.: poza lekką miopją brak zmian obj.

W przypadku tym na pierwszy plan wysuwa się zespół poprzecznego zajęcia rdzenia, ze względu jednak na zmiany w zakresie nerwów czaszkowych i kończyn górnych należy przyjąć, że mamy tu do czynienia ze sprawą rozsianą, zdradzającą tendencję do rozszerzania się w całym ośrodk. układzie nerwowym, a zatem — albo ze stwardnieniem rozsianem, albo z encephalomyelitis disseminata. Rozstrzygnięcie między temi dwiema możliwościami byłoby dość ważne ze względu na prognozę. Za stwardnieniem rozsianem przemawia szereg danych, jak: dość powolny przebieg choroby, charakter nawrotowy, częściowy zanik odruchów brzusznych, który podczas pobytu w Klinice postępował dalej. Przeciw encephalomyelitis disseminata przemawia także do pewnego stopnia brak zaburzeń ze strony układu współczulnego, brak charakterystycznych parestezyj itp.

Ponieważ w obu tych cierpieniach stosujemy w Klinice tutejszej leczenie bodźcowe szczepionką tyfusową, daliśmy pacjentowi 11 injekcyj dożylnych

tej szczepionki. Na wszystkie te injekcje reagował ciepłotą powyżej 38^0, którą znosił dobrze. Badanie cielesne po ukończonem leczeniu (10. 4. 34.) dało wynik następujący: wszystkie ruchy zachowane, sprawne, siła mięśniowa dość dobra; zniknięcie Babińskiego po prawej; chód sprawny o wyraźnie zaznaczonym charakterze spastycznym; odruchy brzuszne górne słabe (pr. żywsze), dolnych — ślad; brak jakichkolwiek zaburzeń czucia.

Natychmiast po opuszczeniu Kliniki pacjent powrócił do pracy.

W przypadku tym po leczeniu szczepionką tyfusową wystąpiła bardzo wyraźna poprawa, choć musimy mieć co do niej pewne zastrzeżenia. Zachodzi tu mianowicie możliwość samorzutnej remisji, która, podobnie jak przy innych sposobach leczenia sclerosis multiplex, czyni wynik leczniczy szczepionki tyfusowej póty niepewnym, póki nie rozporządzamy wystarczająco dużym materjałem przypadków, leczonych tą metodą.

Przy omawianiu przedstawionych przypadków zabierają głos Kol. Kol.: K. Golonka, mjr. M. Naramowski i T. Frąckowiak.

W dalszym ciągu doc. dr. A. Gruszecka wygłosiła: „Odczyn Müllera w płynie m.-rdz. i we krwi w świetle materjału pracowni płynowej Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. P." (rzecz ukaże się w druku w „Klinische Wochenschrift" 1934 i w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" 1935).

W dyskusji zabiera głos Kol. Wieczór.

Kol. K. Golonka wygłosił odczyt pt. „Psychoanaliza Stekla" (rzecz ukaże się w druku w „Nowinach Psychjatrycznych").

Sekretarz: S. Hrynkiewicz.

KRONIKA.

XVI. ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH odbędzie się w czasie od 3 do 5 października 1936 r. w Lublinie i Chełmie. Głównym tematem obrad Zjazdu będzie: Zagadnienie dziedziczności i zapobiegania w chorobach psychicznych. Zgłoszono 38 referatów. Specjalny komunikat wydany będzie z końcem lipca 1936 r.

XV. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH odbędzie się we Lwowie w dniach od 4 do 7 lipca 1937 r.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY odbędzie się w roku 1937 w Warszawie.

ZJAZD PSYCHJATRÓW I NEUROLOGÓW FRANCJI ORAZ KRAJÓW O JĘZYKU FRANCUSKIM odbędzie się w Bazylei, Zurychu i Bernie w czasie od 20 do 25 lipca 1936 r. Temat psychjatr.: Dziedziczność okresowych i schizofrenicznych psychoz; Nowe metody lecznicze t. zw. psychoz funkcjonalnych.

ZJAZD TOWARZYSTWA NIEMIECKICH NEUROLOGÓW I PSYCHJATRÓW odbędzie się w czasie od 2 do 4 sierpnia 1936 r. w Dreźnie. Główne tematy Zjazdu: Kiła późna centralnego układu nerwowego z porażeniem postępującem łącznie; Zagadnienia neurologicznej dziedzicznościowej biologji; Wczesna diagnoza psychoz dziedzicznych; Odgraniczenie chorobliwego niedorozwoju psychicznego od fizjologicznej ograniczoności; Rola psychjatrów przy realizowaniu rasowo-higjenicznych zadań państwa.

XI. MIĘDZYNARODOWY KONGRES PSYCHOLOGICZNY odbędzie się w Madrycie w czasie od 6 do 12 sierpnia 1936 r.

I. MIĘDZYNARODOWY KONGRES PYRETOTERAPEUTYCZNY. Columbia Universyty w N. Yorku organizuje w czasie od 30 marca do 2 kwietnia 1937 r. międzynarodowy kongres w sprawie pyretoterapji (leczenie gorączką), który pierwotnie wyznaczono na koniec sierpnia 1936 r. Omawiane mają być wszelkie zagadnienia związane z leczeniem gorączką.

I. MIĘDZYNARODOWY KONGRES SANATORYJNY odbędzie się w czasie od 16 do 21 sierpnia 1936 r. w Budapeszcie.

NIEMIECKI OGÓLNOLEKARSKI ZJAZD PSYCHOTERAPEUTÓW obradował we Wrocławiu w czasie od 3 do 6 września 1935 r. Zasadnicze referaty wygłosili: Heyer (Monachjum): Psychoterapja w medycynie wewnętrznej, Strünckmann (Blankenburg): Psychika i odżywianie, Hense (Gottleuba): Konstytucja, nerwica i biocentryczne kierowanie zdrowiem, Vogt (Bad Pyrmont): O leczeniu chorób nerwowych i psychicznych w miejscowościach kąpieliskowych i klimatycznych, Weizsäcker (Berlin): Poradnictwo leczniczo-wychowawcze.

X. KURS ALKOHOLOGJI, urządzany z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, odbył się w Warszawie w Państwowej Szkole Higjeny w czasie od 2 do 7 grudnia 1935 r.

IWAN PIOTROWICZ PAWŁOW ur. 27. 9. 1849, jeden z twórców fizjologji układu nerwowego, zmarł 27. 2. 1936 r.

PROF. SANTE DE SANCTIS, dyrektor Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej w Rzymie, wybitny psychjatra włoski, zmarł w lutym 1935 r.

STULECIE URODZIN MAGNANA (1835—1916) obchodziła uroczyście Société Medico-Psychologique w Paryżu w kwietniu 1935 r.

80-CIOLECIE URODZIN ZYGMUNTA FREUDA obchodzi świat naukowy 6 maja 1936 r.

REORGANIZACJA MIĘDZYNARODOWEJ LIGI PRZECIWEPILEPTYCZNEJ. W czasie Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego w Londynie odbyło się zebranie lekarzy szczególniej interesujących się epilepsją, w którem wzięło udział 32 uczestników Kongresu, reprezentujących 14 krajów. Po dyskusji postanowiono jednogłośnie zreformować Ligę Przeciwepileptyczną. Zadaniem nowej Ligi ma być praca nad poprawą warunków społecznych epileptyków i opieki nad nimi oraz wydawanie corocznie lub częściej czasopisma, informującego o wynikach, osiągniętych w tej dziedzinie w różnych krajach. Wybrano komitet organizacyjny Ligi w składzie: William G. Lennox (Boston) — przewodniczący, H. I. Schou (Danja) i J. J. Muskens (Holandja) — sekretarze. Zebranie Ligi odbędzie się w czasie następnego Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego w Kopenhadze. Komitet zaprasza wszystkich interesujących się poprawą warunków społecznych epileptyków do wstąpienia do Ligi. Składka członkowska wynosi 5 szylingów rocznie.

STERYLIZACJA W SZWAJCARJI. W kantonie Vaud uchwalono sterylizację osób, obarczonych chorobami psychicznemi. Sterylizacja eugeniczna była w praktyce stosowana już od dłuższego czasu w większej części Szwajcarji. W okresie czasu od 1929 do 1934 przeprowadzono w kantonie Vaud sterylizację w 88 przypadkach.

PSYCHJATRZY A WOJNA. Z inicjatywy Komisji dla Zapobiegania Wojnie przy Holenderskiem Towarzystwie Lekarskiem została wydana we wrześniu 1935 roku odezwa, podpisana przez wielu wybitnych psychjatrów wszystkich niemal państw. Odezwa ta, skierowana do mężów stanu, zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wojny, powodowane psychozą wojenną. Jako przyczyny sprzyjające wywołaniu wojny, odezwa wymienia: nieświadome dążności i popędy jednostek, zanik zmysłu rzeczywistości, apoteozę wojska i wojny, sugestje wojenne ze strony mężów stanu, kierowanych podświadomemi popędami walki i mocy, oraz sugestje ze strony międzynarodowego przemysłu wojennego.

BIBLJOGRAFJA WOJNY. Ta sama komisja wydała obszerną bibljografję problemów wojenno-psychologicznych i wojenno-psychjatrycznych. Z polskich autorów spotykamy nazwiska E. Artwińskiego i G. Bychowskiego.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD LECZNICZY DLA NERWOWO WYCZERPANYCH Kobiet w Gościejewie przeszedł z dn. 1 kwietnia 1935 r. pod bezpośredni zarząd Ministerstwa Opieki Społecznej.

PRÓBA UTWORZENIA CENTRALNEGO SZPITALA NEURO-PSYCHJATYCZNEGO DLA DZIECI NA UKRAINIE. W 1933 roku został założony w Romnach pierwszy szpital tego rodzaju na 250 łóżek dla dzieci płci obojga od 4 do 15 lat. Przeznaczony jest przedewszystkiem dla chorych uleczalnych.

WNIOSKI, UCHWALONE PRZEZ XV. ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W GOSTYNINIE d. 10. VI. 1935 r.

I. XV Zjazd Psychjatrów Polskich, stwierdzając, że zniesienie szeregu najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej spowoduje nieobliczalne straty, uważa za konieczne reaktywowanie zniesionych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej.

II. XV Zjazd Psychjatrów Polskich zaleca Zarządowi Głównemu Pol. Tow. Psych. zwrócenie się do kompetentnych czynników w sprawie poparcia szkolnictwa specjalnego dla dzieci umysłowo upośledzonych.

III. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczętą akcję Ministerstwa Sprawiedliwości w kierunku tworzenia specjalnych zakładów leczniczych dla osobników ze zmniejszoną poczytalnością i zwraca się z gorącym apelem do Ministerstwa Sprawiedliwości, ażeby tę doniosłą akcję kontynuowało w jak najszerszym zakresie.

IV. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita rozwijającą się adneksyjną opiekę pozaszpitalną i podkreśla konieczność dalszej budowy i rozwoju szpitali psychjatrycznych, będących podstawą lecznictwa psychjatrycznego.

PRZEWODNIK NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNY PO POLSCE. Dr. Jan Gallus wydał Przewodnik, przeznaczony do użytku członków Zjazdu Neurologów i Psychjatrów Ziem Słowiańskich. Przewodnik, zawiera dokładny wykaz wszelkich zakładów leczniczych dla psychicznie i nerwowo chorych, instytucyj opieki rodzinnej i pozazakładowej oraz przytułków dla chorych psychicznie, zakładów specjalnych dla dzieci umysłowo upośledzonych, epiletyków itp., zakładów poprawczych i wychowawczych, szkół specjalnych, przychodni wszelkiego rodzaju oraz poradni, towarzystw neurologiczno-psychjatrycznych i pokrewnych oraz wydawnictw perjodycznych z zakresu neurologji, psychjatrji itp. Odda on niewątpliwie znaczne usługi nietylko gościom cudzoziemskim Zjazdu, lecz także wielu lekarzom polskim. Przewodnik objętości 60 str. można nabyć w cenie 1,50 u wydawcy (Szpital — Tworki).

Z ŻYCIA ZAKŁADOWEGO.

CHOROSZCZ.

Białostocki Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych.

W roku 1934 leczono ogółem 1555 chorych, z czego wypisano 341 (wyleczonych 34), zmarło 119 chorych. Ogólna liczba dni szpitalnych wynosiła 400.562.

Stan organizacji szpitala w Choroszczy trwa. Z trudem posunięto się naprzód, uzupełniając zacpatrzenie chorych w rzeczy i przedmioty niezbędne oraz doprowadzając do stanu używalności niektóre budynki.

Rola pierwszego co do czasu otwarcia i najbardziej wysuniętego na wschód szpitala, oddalonego od ośrodków życia naukowego, nakłada na szpital obowiązek torowania własnych dróg, któremi musi iść, aby pracować z pożytkiem dla kraju i szerzyć higjenę psychiczną.

W pracy tej odczuwać się daje brak ustawy psychjatrycznej, dlatego przy tworzeniu jej brane być winne pod uwagę potrzeby, odczuwane w terenie; przyszła ustawa przewidzieć musi zadania, jakie winniśmy postawić sobie w tej dziedzinie przynajmniej na okres jednego pokolenia.

Prawniczy sposób myślenia nie może wyzwolić się z pod sugestji krzywdy, rzekomo wyrządzanej tym, którzy dostają się do szpitala dla psychicznie chorych. Polska ustawa psychjatryczna winna zerwać z przestarzałem i z gruntu fałszywem nastawieniem, że główny cel takiej ustawy, to zabezpieczenie obywatela przed zakładem psychjatrycznym.

Wszystkie artykuły ustawy, zredagowane w tym duchu będą wielką krzywdą dla samej sprawy i kompromitacją zarówno dla prawników, redagujących paragrafy, jak i dla lekarzy — zgadzających się na nie.

Przeżytkiem i absurdem jest wtłaczanie psychjatrji przemocą, popartą całym aparatem powagi sądowej, w ramy zakładu detencyjnego. O ile w dużych miastach, posiadających różnorakie lecznice, można zgodzić się na istnienie lecznic specjalnych dla wyłącznie zdeklarowanych przypadków chorób psychicznych kierowanych tam jako stany zejściowe, stwierdzone uprzednio w innym zakładzie, to wojewódzkie szpitale psychjatryczne winny być ośrodkami higjeny psychicznej i nie można ograniczać ich w prawie przyjmowania pacjentów z cierpieniami od lekkich zaburzeń nerwowych począwszy, do najbardziej ostrych i ciężkich postaci obłąkania.

Ustawa psychjatryczna, zwolniona od balastu, o którym wyżej mowa, winna szczegółowiej uregulować bolączki, związane z potrzebą roztoczenia opieki nad psychicznie chorymi przed i po opuszczeniu szpitala, a nad jego majątkiem — w czasie całej choroby.

Leczenie narkomanów, pozbawianie własnej woli, zapobieganie płodzeniu przez psychicznie chorych potomstwa, stwarzanie materjalnych podstaw do organizowania oraz utrzymywania szpitali jako ośrodków higjeny psychicznej i t. podobne sprawy — winny znaleźć wyraźne rozwiązanie w ustawie, bez ogólników, gmatwających sprawę i stale wymagających uzupełnień, wyjaśnień, korygowań. Ustawa wadliwie skonstruowana będzie gorszem wyjściem z sytuacji, niż brak ustawy, gdyż zahamuje rozwój polskiego lecznictwa psychjatrycznego na lata.

Pacjenci, opuszczający szpital w Choroszczy a przechodzący do opieki pozazakładowej w okolicy szpitala (obecnie przeszło 450 osób), są pod stałym i ścisłym dozorem personelu, czujnie śledzącego za wszelkiemi wahaniami w stanie ich zdrowia. Z pacjentami, powracającymi do rodzin, a zamieszkałymi na terenie Białegostoku, podtrzymuje się kontakt za pośrednictwem Przychodni Psychjatrycznej, utrzymywanej przez ad hoc powołane do życia Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi.

Pieczę nad narkomanami (alkoholikami) na terenie Białegostoku sprawuje szpital za pośrednictwem Przychodni Przeciwalkoholowej Towarzystwa Eugenicznego.

Szpital dąży do zorganizowania opieki również nad chorymi, pozostającymi w rodzinach poza Białostockiem, ale dotychczas akcja ta nie dała większych wyników.

Opieka pozazakładowa, prócz bezpośredniego oddziaływania na „żywicieli" pozwala szpitalowi drogą otwierania świetlic, budowy łaźni, propagowania racjonalnej uprawy lnu, hodowli trzody i bydła wpływać na podniesienie poziomu kulturalnego i ekonomicznego okolicy.

Praca nad utrzymaniem na należytym poziomie przygotowania do swych zadań personelu pielęgniarskiego odbywała się wzorem lat poprzednich, w sezonie zimowym.

Celem uniknięcia poczucia bezradności wobec chorób psychicznych wprowadzono zespołowe badania i dociekania przyczyn, wywołujących choroby psychiczne, oraz skuteczności stosowanych metod leczniczych, własnych tudzież podanych przez innych.

Badania te są poparte pracami laboratoryjnemi.

W chwili obecnej w laboratorjum są opracowywane następujące konkretne tematy:

1. Chemizm krwi w padaczce. 2. Morfologja krwi u psychicznie chorych. 3. Przemiana bromowa w przebiegu stanów po nagminnem zapaleniu mózgu. 4. Wpływ narkotyków na przemianę podstawową materji jako przyczynek do podstawowej przemiany materji u psychicznie chorych. 5. Barjera krwiopłynowa w cierpieniach psychicznych.

Projektuje się przystąpić do opracowania: 1. Badania doświadczalne nad wpływem zaburzenia krążenia krwi w jamie czaszkowej na płyn mózgowo-rdzeniowy u królików. 2. Badania doświadczalne nad wpływem ucisku wśródczaszkowego na płyn mózgowo-rdzeniowy u królików. 3. Badania doświadczalne nad krążeniem płynu (na królikach). 4. Przetaczanie krwi jako postępowanie lecznicze w schizofrenji (temat kliniczno-laboratoryjny, będzie opracowany przez kierownika laboratorjum wspólnie z jednym z lekarzy oddziałowych).

TWORKI.

Państwowy Szpital dla Chorych Psychicznie.

Przy przeciętnej dziennej liczbie chorych 1043 na jednego lekarza ordynującego w r. 1934 przypadało średnio 174 czynnych łóżek z liczbą chorych w ciągu roku 279 (1673:6), na jednego lekarza oddziałowego przeciętnie 87 z liczbą chorych w ciągu roku 140.

Konferencje lekarskie odbywają się z reguły 4 razy tygodniowo. Na konferencjach tych demonstruje się ciekawsze przypadki kliniczne i anatomiczne oraz z reguły wszystkie przypadki sądowe; ponadto omawia się także różne sprawy administracyjne.

Od 1. IV. 34. szpital posiada doradcę prawnego dla spraw kosztów leczenia, w osobie radcy Depar. Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej.

Prace naukowe lekarzy szpitala ogłoszone drukiem:

1. Dr. Handelsman J.: Histerja (artykuł w Encyklopedji Prawa Karnego zeszyt IX). — 2. Leczenie psych. chorych (art. popularny z okazji XIV. Zjazdu Psychjatrycznego w Krakowie w dodatku lekarskim Ilustrow. Kurjera Krakowskiego). 3. Dr. Łuniewski W.: Klinika narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca (Medycyna 1934 r. № 5). — 4. Psychjatryczno-społeczne znaczenie narkomanji (Medycyna 1934 r. № 5). — 5. Ekspertyza psychjatryczna, jej stanowisko, zakres i zadania (Encyklopedja Prawa Karnego zesz. VIII). — 6. Epilepsja (tamże zeszyt VIII). — 7. T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu Kodeksu Karnego 1932 r. Uwagi psychjatryczne (Archiwum Kriminologiczne T. I. № 3—4 1934 r.). — 8. Pierwiastek reaktywny w psychozach osób uwięzionych (Rocznik Psychjatryczny zeszyt XXIII). — 9. Przestępstwa narkomanów (Wiadomości Literackie № 4/531). — 10. Frostiga-Psychjatrja 2 tomy — ocena krytyczna (Medycyna 1934 r. № 5). — 11. Psychjatrja w wymiarze sprawiedliwości (artykuł popularny z okazji XIV. Zjazdu Psychjatrów w Krakowie Czas 1934 r. № 137 i 138). — 12. Propaganda zdrowia psychicznego w utworze literatury pięknej (o powieści Jana Reytana pt. „Kto winien"

Nowiny Społ. Lekarskie 1934 № 15 i 16). — 13. Dr. Miller: a) XIV. Zjazd Psychjatrów Polskich, b) Ludzie i ich charaktery, c) I. P. Pawłow (z okazji 85-lecia urodzin — artykuły w Gazecie Polskiej). — 14. Hipnotyzm (artykuł w encyklopedji Świat i Życie). — 15. Dr. Miller wraz z dr. Konorskim: tłumaczenie i opracowanie książki „Mózg i jego mechanizm" Adriana, Sherringtona i Pawłowa. — 16. Dr. Messing: Przyczynek do anatomji patologicznej zatruć tlenkiem węgla (Neurologja Polska 1933/34 № 184). — 17. Dr. Steffen E.: Przypadek psychozy religijnej u przywódców sekty (Archiwum Kriminolog. T. I. № 3—4 1934).

Doc. dr. Łuniewski i prosektor szpitala dr. Z. Messing prowadzą wykłady zlecone na Uniwersytecie J. Piłsudskiego; pierwszy na wydziale prawnym i lekarskim — wykłady z psychjatrji sądowej, drugi na wydziale lekarskim — wykłady z anatomji prawidłowej i patologicznej układu nerwowego ośrodkowego.

Ponadto Doc. dr. Łuniewski prowadzi wykłady, z psychopatologji ogólnej w Państwow. Instytucie Pedagogiki Specjalnej, wykłady z psychjatrji sądowej na kursie dla lekarzy, kandydatów do państwowej służby zdrowia.

Lekarze zakładu: dr. Gallus, dr. Krukowski i dr. Kaczanowski prowadzą wykłady na kursie dla personelu pielęgniarskiego.

Na pielęgniarski kurs anatomji i psychjatrji zapisanych było 32, na kurs higjeny 48 osób.

Wszelkie zabawy i rozrywki dla chorych koncentrują się w Domu Rozrywkowym. Kino, które tam się również mieści, budzi stale wielkie zainteresowanie wśród chorych, przechodziło ostatnio pewien kryzys: niemych filmów zaczęło brakować, taśmy udźwiękowione nie mogły być zastosowane przy istniejącym aparacie i z tych to względów do obecnego aparatu projekcyjnego trzeba było dostosować nową dźwiękową aparaturę, wykonaną przez krajową firmę, za ogólną sumę 4275 złotych.

Film dźwiękowy wyświetlono poraz pierwszy w dniu 3 marca 1934 r. Teraz w każdą środę odbywają się dwa seanse — jeden dla chorych, drugi dla pracowników i ich rodzin. Do końca roku wyświetlono 45 filmów, które cieszyły się wielkiem powodzeniem, i kino stało się obecnie dla chorych nieodzowną rozrywką.

Pod protektoratem i kierownictwem dr. E. Steffena oraz przy jego udziale organizują się dorywczo, co pewien czas, zespoły dramatyczne, złożone z pracowników szpitala, członków ich rodzin i chorych.

Stowarzyszenie Spożywców „Łączność" w Tworkach, istniejące od 1919 r. i należące do Związku Spółdzielni Spożywców „Społem" w Warszawie, działa przeważnie wśród personelu szpitalnego.

Poza tem Wydział Społeczno-Wychowawczy Spółdzielni prowadzi między innemi przedszkole dla dzieci funkcjonarjuszów szpitala.

Męska Drużyna Harcerska, zorganizowana w r. 1933, rekrutuje się tylko z synów pracowników zakładu. Chłopcy ci czas wolny od zajęć szkolnych i domowych, spędzają w izbie harcerskiej na czytaniu pism, grach, zajęciach robotami ręcznemi. Chłopców w drużynie jest 32, w wieku 10—17 lat.

Oprócz wyżej wymienionych organizacyj jest jeszcze L. O. P. P. (Koło liczy 290 członków) i Straż Pożarna Ochotnicza, licząca 30 członków, rekrutujących się z funkcjonarjuszów zakładu.

DREWNICA.

Zakład Psychjatryczny.

Z roku na rok liczba chorych zwiększa się. W r. 1935 była ona większa o 9 % od liczby chorych, przyjętych w roku ubiegłym. Liczba ubyłych z zakładu przekracza również o 11 % cyfry z roku ubiegłego. Ilość dni zakładowych wzrosła w tym samym czasie do liczby 151.943, a więc o 1.344 dni więcej w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Odsetek przyjętych przypadków kiłowych i parasyfilitycznych schorzeń mózgu również stale się podnosi i stanowi u mężczyzn 31 % świeżych przyjęć, u kobiet — 11 %. Wzrasta też stale liczba alkoholików; w ostatnim roku wynosiła ona 7 % wszystkich świeżo przyjętych chorych.

Dodatnie wyniki pobytu chorych w zakładzie (wyleczenie, poprawę znaczną lub częściową) stwierdzono u 52 % wypisanych.

Śmiertelność w zakładzie podniosła się do 5,21 % ogółu leczonych; dużą liczbę wśród zmarłych stanowią jednak chorzy, którzy przybyli do zakładu w stanie bardzo ciężkim.

Dla dokształcenia personelu pomocniczego odbyły się, zwyczajem corocznym, w ciągu 5 miesięcy zimowych kursy, prowadzone przez lekarzy zakładu. Frekwencja niewielka.

Wielką radość sprawiło chorym zainstalowanie kina dźwiękowego w zakładzie. Wyświetlanie filmów (przeważnie polskich) odbywa się co drugą niedzielę. W inne niedziele urządza się dla chorych tańce przy dźwiękach muzyki z płyt gramofonowych, nadawanych zapomocą głośnika kinowego.

Ponadto chorzy ze szczególnem zainteresowaniem pracują przy pielęgnowaniu kwiatów na licznych kwietnikach i trawnikach. Część chorych zatrudniona jest w warsztatach szewckim i krawieckim, oraz przy gospodarstwie domowem.

KAROLIN.

Sanatorjum dla Wewnętrznie i Nerwowo Chorych.

Karolin — to uzdrowisko dla niezamożnych pracowników umysłowych, nerwowo i fizycznie wyczerpanych lub nerwowo chorych.

Sanatorjum powstało dzięki pracy i ofiarom pieniężnym szeregu społeczników, którzy inicjatywą swoją wyprzedzili ogół w zrozumieniu tej klęski społecznej, za jaką poczytywać należy zaburzenia nerwowe.

W Karolinie uczą, że racjonalny wypoczynek nie polega na bezruchu i na bezczynności, że przekarmianie nietylko sił nie przysparza, ale — wymagając znacznych wysiłków ze strony organizmu, raczej wypoczynkowi szkodzi; tłumaczą, że sen również należy dawkować i w odpowiednim czasie go zażywać.

Nie mówiąc już o tępieniu nałogów np. nikotynizacji, alkoholizmu itp., wdraża się kuracjusza do systematycznego, higjenicznego trybu życia, który — z odpowiedniemi zmianami — może być przeniesiony na jego własny teren — prywatny. Dużą tu odgrywają rolę ćwiczenia cielesne pod postacią gimnastyki leczniczej, gier sportowych, plażowania, wycieczek w malownicze okolice. W Karolinie łatwo spostrzega się orzeźwiające działanie tych zajęć nowych i jakby dopełniających dotychczasową pracę kuracjuszów.

Zainteresowanie Karolinem wzrasta. Ze swej strony Zarząd Towarzystwa nawiązał przez Dyrekcję Sanatorjum kontakt z szeregiem instytucyj leczniczych, które bądźto powierzają Karolinowi swoich chorych, bądź też łącznie z Dyrekcją Karolina opracowują akcję zapobiegawczo-leczniczą dla pracowników umysłowych.

Czteroletnia działalność zakładu polegała nietylko na spełnianiu wewnętrznego, ściśle leczniczego zadania, tj. na leczeniu pacjentów, których przyjęto w tym czasie zgórą tysiąc, i którzy przebyli łącznie około 50 tysięcy dni sanatoryjnych, — równolegle, od samego początku istnienia Sanatorjum, prowadzona była praca propagandowa, zgóry zakreślona, której cele znajdują w opinji publicznej coraz szersze zrozumienie i należytą ocenę.

SEKCJA OPIEKI POZAZAKŁADOWEJ przy Warszawskiem Towarzystwie Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychicznie Chorymi.

Sekcja Opieki Pozazakładowej (podobnie jak w latach ubiegłych), pracowała wspólnie z opieką pozazakładową Szpitala Jana Bożego, korzystając dla swych potrzeb z czynnego przy szpitalu ambulatorjum.

Ponadto zwracano główną uwagę na odwiedzanie przez lekarzy i instruktorki chorych na miejscu, w ich rodzinnem środowisku i w warunkach życia domowego.

Chorzy otoczeni opieką Sekcji, poza fachową pomocą, otrzymywali zapomogi pieniężne i odzieżowe oraz bony kąpielowe i mydło.

1. Redakcja prosi P. T. WSPÓŁPRACOWNIKÓW, ażeby nadsyłane do wydawnictwa prace, referaty (streszczenia), protokóły posiedzeń naukowych, komunikaty, recenzje i wogóle cały materjał, który ma być przeznaczony do druku w wydawnictwie, były pisane: 1) na maszynie (wyjątkowo od ręki, ale bardzo czytelnie), 2) na jednej stronie karty z dużym marginesem po stronie lewej, 3) ażeby wiersze miały 2 odstępy od siebie, 4) ażeby papier dopuszczał poprawki atramentem.

Skrypt winien być poprawiony przez autora. Na jednej stronicy nie powinno być więcej jak 4—5 poprawek atramentem czarnym.

2. Prac nie należy poprzedzać dłuższym historycznym wstępem. Materjał kazuistyczny powinien zawierać rzeczy istotnie potrzebne do naświetlenia omawianego tematu. Metody techniczne doświadczeń, badań, zabiegów leczniczych itp., jeżeli nie są ogólnie znane, należy przytaczać w sposób, umożliwiający czytelnikom zapoznanie się z niemi wyczerpująco. Do prac należy doręczać krótkie streszczenie w języku francuskim względnie polskim. W wypadku ostatnim tłumaczenia na język francuski dokonuje Redakcja.

3. Dołączane do prac fotografje, rysunki, wykresy itp. winny być kontrastowe, ażeby umożliwiały wykonanie klisz.

4. P. T. Autorzy, przysyłający swe prace Redakcji do druku, wyrażają tem samem swoją zgodę na ewentl. dokonanie poprawek, skrótów, odrzucenia któregoś rysunku itp. — przez Redakcję.

5. Redakcja nie przyjmuje prac już gdziekolwiek drukowanych.

6. Skrypty, nie przyjęte do druku, przechowuje Redakcja w ciągu roku.

7. P. T. Autorzy otrzymują pierwszą względnie — na żądanie — następne korekty, celem dokonania poprawek. Nieodesłanie przez P. T. Autorów korekt w ciągu tygodnia od chwili otrzymania ich, będzie Redakcja uważała za równoznaczne z wyrażeniem zgody na wykonanie korekty przez Redakcję.

8. P. T. Autorzy otrzymują 25 odbitek gratis, na żądanie — większą ilość po cenie własnych kosztów wydawnictwa.

9. Do nadsyłanego materjału, przeznaczonego do druku, prosimy dołączać adres, pod którym ma być ewentl. skierowane honorarjum.

10. Całą korespondencję prosimy kierować wyłącznie pod adresem:

REDAKCJA

NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH

KOŚCIAN

Sanatorjum dla Nerwowo-Chorych

Telefon 110.

WARUNKI PRENUMERATY:

rocznie . . . . 12,— zł

zeszyt pojedyńczy . . 8,— zł

Konto bankowe: Bank Ludowy w Kościanie

Nr. P. K. O. 201 186. — Foljo 165.VII.427.

Administracja

KOŚCIAN

Sanatorjum dla Nerwowo-Chorych

Telefon 110.

SANATORJUM
DLA NERWOWO CHORYCH

w KOŚCIANIE
(pod Poznaniem)

leczy wszelkie schorzenia organiczne i funkcjonalne układu nerwowego, (w szczególności: neurastenja, histerja i inne nerwice, stany wyczerpania i przygnębienia, nałogi, wady wymowy i t. d.). Wodo- elektro- światło- rado- lecznictwo. Kąpiele radowe i mineralne. Psychoanaliza, hypnoza, psychagogja.

Ceny już od 4,00 do 11,50 zł. — dziennie.

Przyjmuje się również kuracjuszów przekazanych przez Ubezpieczalnie Społeczne, Z. U. S. i t. p. — Urzędnicy państwowi opłacają 1/4 część pełnej taksy.